

Ylva Laurell-Borulf

Krislösning i långtidsperspektiv

(En undersökning av kvinnor som fött perinatalt
döda barn)

hund 1982.

Studentlitteratur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552402_0019

Krislösning i långtidsperspektiv

(En undersökning av kvinnor som fött
perinatalt döda barn)

av

Ylva Laurell-Borulf

Distribution: Studentlitteratur

Kritik i läroplanen

(En undersökning av kvinnors och män
barns och ungdoms)

Ylva Laurell-Borulf



© Ylva Laurell-Borulf 1982

Printed in Sweden

Studentlitteratur

Lund 1982

ISBN 91-44-19971-6

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	<u>Sid</u>
<u>Introduktion</u>	1
<u>Material och metoder</u>	15
I. Material	15
II. Metoder	
1. Allmänt	19
2. Speciellt	23
3. Bortfall	25
<u>RESULTAT</u>	
III. Krislösning i långtidsperspektiv	30
A. Allmän bedömning av krislösning	30
B. Evaluering av speciella faktorer	34
1. Sjuklighet i efterförloppet till födelsen av ett dött barn	34
2. Olika faktorerers förhållande till krislösningsgraden	40
3. Resultat av jämförelser mellan index- och kontrollkvinnor	51
C. Fertilitet efter dött barn. Ett nytt barns inverkan på krislösningen	61
D. Bortfallet från intervjuundersökningen	69
E. Efterundersökning av intervjuade kvinnor	73
Diskussion och sammanfattning	78
IV. Upplevelser kring födelsen av ett dött barn	90
1. Upplevelsen att få ett dött barn. Be- handling av skuldkänslor	93
2. Upplevelsen av att få ett nytt barn ..	101
3. Upplevelsen av nästa graviditet	110
4. Upplevelsen under förlossningen. Interaktion med sjukvårdspersonal	112
5. Fullständig - ofullständig krislösning Beskrivande jämförelse mellan grup- perna	123

	<u>Sid</u>
6. Kvinnornas "budskap"	142
Diskussion och sammanfattning	145
Allmän sammanfattande diskussion	151
Summary in English	157
Referenser och bilagor	169

INTRODUKTION

Cullberg (1966 a) visade att födelsen av ett dött barn utgör en stor emotionell påfrestning för de kvinnor som drabbas. Cullberg fann att 1-2 år efter födelsen av ett dött barn en tredjedel av mödrarna uppvisade kvarstående, uttalade, psykiska besvär. Det är dock föga känt hur långtidsprognosen för kvinnor som fött döda barn ter sig ur psykisk synpunkt; det är ej heller känt vilka faktorer som underlättar eller försvårar den psykiska integreringen av händelsen.

Föreliggande arbete är ett försök att bedöma långtidsprognosen, ur psykisk synpunkt, för kvinnor som fött perinatalt döda barn. Arbetet syftar även till att studera faktorer som kan påverka denna prognos. Synsättet och resonemangen i arbetet grundar sig på ett psykodynamiskt synsätt, och på psykisk kristeori.

Psykiska kriser brukar indelas i utvecklingskriser och traumatiska kriser. Utvecklingskriser är sådana psykiskt påfrestande tillstånd som uppkommer under en individs livslopp vid tillfällena när individens utveckling, eller omständigheter i individens liv kräver en anpassning till en förändrad psykisk och/eller fysisk realitet. Traumatiska kriser är "den psykiska situation som uppstår när en individ drabbas av en yttre händelse som är av den art och grad att individens fysiska existens, sociala identitet och trygghet eller basala tillfredsställelse-möjligheter hotas". (Cullberg 1971). Grovt kan man säga att psykiska kriser av traumatisk karaktär uppstår, när individen mer eller mindre oväntat förlorar en anhörig eller annan emotionellt viktig person; när individen misslyckas på ett sådant sätt att han/hon förlorar sin uppfattning om den egna kapacitetens möjligheter; eller när någon yttre katastrof drabbar individen.

De traumatiska kriser, som under de senaste decennierna oftast studerats, är sådana, som uppkommit i samband med för-

lust av någon emotionellt betydelsefull person. De reaktioner som då undersökts är sorgereaktioner och deras förlopp. Födelsen av ett perinatalt dött barn har i detta arbete ansetts utgöra en traumatisk kris för de kvinnor som studerats. Födelsen av ett dött barn kommer oftast oväntat, innebär att en emotionellt betydelsefull person dör, och att kvinnan temporärt misslyckats i sin reproduktiva funktion.

Början till det egentliga studiet av traumatiska kriser anses ett arbete av Lindemann (1944) vara. Lindemann studerade det psykiska förloppet hos 101 personer, vilka i samband med en brand i Boston förlorat sina anhöriga. Han definierar akut sorg som ett syndrom med psykologiska och somatiska manifestationer. Syndromet uppstår i anslutning till den utlösande händelsen. Syndromet kan försenas, överdrivas eller förefalla att saknas. I vissa fall kan syndromet uppvisa förvridna bilder, som innehåller en speciell aspekt av sorgen. Genom rätt behandling kan dessa förvridna yttringar transformeras till normala sorgereaktioner, varvid upplösning av dem kan ske.

Lindemann beskriver i sin artikel dels somatiska symptom, dels emotionella symptom, vilka han anser ingår i det akuta sorgesyndromet. Han anser att sorgens varaktighet beror av det psykiska sorgearbetets effektivitet. Lindemann beskriver i princip två sätt på vilka sorgereaktionen kan ta sig patologiska uttryck; genom att försenas, eller genom att förvridas. Han menar, att "vissa typer" av människor löper särskilt stor risk att råka ut för ovanligt intensiva eller patologiska sorgereaktioner, vilka tenderar att bli kvarstående, om de inte kan omvandlas till normala sorgereaktioner.

Före Lindemann hade S. Freud (1917) studerat det psykiska sorgearbetet i syfte att skilja ut depressioner från "normal" sorg. Han introducerar i sitt arbete begreppet sorgearbete. Med sorgearbete menar Freud, det psykiska arbete som krävs för att återta den psykiska "energi" (libido) som in-

vesterats i ett objekt och att anpassa subjektet till den nya emotionella verklighet, som uppkommit efter den dödes bortgång (jämför även Freud S. 1926).

Efter Lindemann har många forskare ägnat sig åt krisbegreppet. En utvecklingslinje har varit, att beskriva och identifiera traumatiska kriser och deras konsekvenser för de drabbade, en annan att undersöka och fördjupat tänka kring det specialfall av traumatisk kris som sorgeprocessen utgör. Psykiska kriser kan studeras på många sätt och efter hand har man i krisbegreppet innefattat en rad olika händelser och tillstånd. "Ett psykiskt kristillstånd kan man sägas befinna sig i då man är i en sådan livssituation att ens tidigare erfarenheter och inlärdade reaktionssätt inte är tillräckliga, för att man skall förstå och bemästra den aktuella situationen" (Cullberg, 1975). Följande schema är ett försök att visa vilka områden man kommer in på när man vill studera kriser. Kriser kan studeras på olika sätt:

A. Typ av kris

1. Utvecklingskris
2. Traumatisk kris

Båda dessa typer av kriser äger rum i en person; tar i anspråk personens psykiska funktioner för att bemästras; uppvisar ett förlopp i tiden; leder till ett resultat.

B. Betraktelsesättet kan vara att

1. Kriser är normala händelser och förlopp
2. Kriser är onormala händelser och förlopp

C. Sättet att beskriva kriser kan vara

1. Att beskriva krisen som den ter sig (t ex olika stadier i krisen).
2. Att beskriva vad som händer intrapsyiskt vid en kris.

3. Att beskriva vad som ger upphov till gynnsam resp ogynnsam utgång av krisen. Ogynnsam utveckling brukar kallas patologisk och innebär antingen en inskränkning av personligheten eller utvecklandet av psykiska och/eller somatiska symptom.

D. Att försöka förklara varför C 2 sker.

E. Att försöka bevisa att förklaringar under D är riktiga.

Utgångspunkten för detta arbete har varit antagandena att traumatiska kriser under vissa omständigheter leder till ohälsa eller obehag av psykisk och/eller somatisk art; och att krisförloppet kan påverkas av andra personer än den drabbade. Med utgångspunkt från ovanstående schematiska framställning vill jag kortfattat redovisa en del av de arbeten kring traumatiska kriser och sorg, vilka haft betydelse för detta arbetes tillkomst.

Engel (1961) ställer frågan: är sorg en sjukdom? Han menar att sorg är en sjukdom i samma mening som kroppens reaktion på ett sår, eller ett mässlingsvirus är en sjukdom. Ett psykiskt trauma är inte i och för sig en sjukdom men kan ge upphov till reaktioner, vilka medan de pågår kan iakttagas, och eventuellt mätas i termer av symptom. Dessa reaktioner kan ge upphov till "läkning" eller "icke-läkning" av traumatiska effekter. Jämförelsen med ett sår kan inte härddragas, men ger en del stöd för tanken. Engel menar att en dåligt "läkt" kris kan ge upphov till kvarstående funktionsinskränkning, liksom ett dåligt läkt sår. Han menar att frågan om det är normalt eller onormalt att få mässling är meningslös, åtminstone för t ex barnläkaren i västra hemisfären och att detsamma gäller traumatiska kriser. Alla människor drabbas under sitt liv av mer eller mindre traumatiska kriser och att avvisa studiet av dem, med motiveringen att de är normala företeelser, leder till orimliga situationer.

Robertsson (1953) studerade 18-24 månaders barn som intagits på sjukhus. Han iakttog hos dem, efter att de skilts från föräldrarna, uttalade psykiska reaktioner vilka han indelade i tre stadier: protest, förtvivlan, förnekande. Barnets reaktioner tolkar Robertsson som barnets sätt att signalera sitt behov av att åter bli omhändertaget av sin frånvarande förälder. Protest mot att bli övergiven av föräldern kombineras med sökande efter den försvunne föräldern, När föräldern ej återfinns, reagerar barnet med förtvivlan över att vara övergiven och fortsatt sökande efter föräldern. Till slut förnekar barnet sitt behov av föräldern och vänder sig från människor mot ting. Dessa tankar har bekräftats av den av utvecklingspsykologer iakttaga bindningen (attachment) av barnet till modern (vårdande personen) som vanligen är utvecklad ungefär vid 8 månaders ålder. (Jfr t ex Mahler et al 1975).

Bowlby har samarbetat med Robertsson och han grundar sina undersökningar på Robertssons iakttagelser av barn. Bowlby (1961 a) menar, att sorg hos vuxna, har en liknande struktur, som den hos barn. Skillnaden mellan barns och vuxnas sorg är att vuxna för att bemästra sorgen har bättre försvarsmekanismer till sitt förfogande. Bowlby (1961 b) vänder sig mot Freuds uppfattning om sörjande. Bowlby menar att förlust av ett objekt aktiverar ett, delvis av instinkter betingat, svarssystem vars aktivitet ger upphov till sorgens olika faser.

I fas 1 är subjektet fokuserat på objektet. Då objektet inte finns till hands uppkommer känslor av besvikelse, sorg och separationsångest, subjektet gör i denna fas ansträngningar att återfå objektet. I fas 2 upphör subjektets psykologiska fokusering på objektet, liksom försöken att återfå objektet. En desorganisation av subjektets personlighet sker, och subjektet känner smärta och förtvivlan. I fas 3 sker reorganisation av subjektets personlighet, dels i förhållande till

det förlorade objektet, dels i förhållande till nya objekt. Bowlby anser, att ett kvarstannande i fas 1 ger upphov till mycket av den patologi, som kan ses efter förluster. Bowlby anser att ett sådant kvarstannande i fas 1 gör att subjektet medvetet eller omedvetet fortsätter att "söka" objektet. Han anser också, att ett kvarstannande i fas 1 ofta beror på subjektets oförmåga att stå ut med upplevelsen av den egna svagheten. (Jfr Zetzel 1965).

Parkes har i en rad arbeten (Parkes 1965 I, 1965 II, 1971, 1972 b) ägnat sig åt studiet av sorg och dess manifestationer. Han ser sorg som en process, och betraktar sörjande som en slags sjukdom. Parkes anser att sorg är en process, som kan ge styrka i betydelsen att den kan leda till ökad mognad. Parkes menar att den första fasen i sorgen normalt är en känslomässig stumhet, "chockfas". Denna period varar från ett par timmar upp till 2 veckor. Under "chockfasen" är den sörjande bedövd, har svårt att inse det skedda, skyddar sig mot insikten om förlusten och den smärta en sådan insikt skulle ge upphov till. Denna fas efterföljs av "reaktionsfasen". I "reaktionsfasen" finner han en rad psykiska symptom, såsom depression, ångslan, ångest, insomnia, vrede, skuld känslor, självförebärrelser, anorexi. Han finner vidare reaktioner, vilka han hänför till sökandet efter den döde, längtan om återförening med den döde. Parkes anser att tankar på den döde och smärtan förenad med tanken på den döde är patognomont för sorg. Han anser att partiell identifikation med den döde är typiskt för sorg. Parkes beskriver sorgereaktioner vilka han anser vara patologiska. Sorgen kan enligt Parkes kroniciteras, inhiberas, försenas; sorgen kan ta sitt huvudsakliga uttryck i psykosomatiska symptom eller psykoneurotiska symptom såsom fobier, tvångssymptom, missbrukssymptom o dyl.

Pollock (1961 o 1977) anser sorg vara en adaptativ process i egot. Han menar att sorgeprocessen omfattar dels reaktionen

på förlusten av objektet dels en återanpassning till den externa omgivningen, där det förlorade objektet ej längre finns. Avgörande för den intrapsykiska sorgeprocessens förlopp är, dels naturen av förhållandet till objektet, dels egots utvecklings- (mognads-) grad. Pollock grundar sitt tänkande till en del på Hartmanns (1958) tankar om egots funktion av att adaptera personligheten till inre och yttre krav. Pollock menar, att "chock"-fasen beror av en akut obalans inom egot, vilket blivit utsatt för en excessiv stimulering, vilken egot temporärt inte kan integrera. För att en sorgeprocess med adaptation till den nya inre och yttre verkligheten skall ske, måste egot förmå att: uppfatta förlusten, värdera den tidsmässiga och rumsliga beständigheten i förlusten, erkänna förlustens betydelse för subjektet, bemästra de olika känslor som är förenade med förlusten, finna nya tillfredsställande relationer som kompenserar förlusten. Pollock menar, att sorgeprocessen har en slutpunkt, och att interferenser med sorgeprocessen kan leda till försämrad adaptation och eventuellt psykopatologi. Att undvika att sörja förhindrar acceptandet av förlusten och därmed adaptativ förändring. Han anser att inkomplett sörjande och patologiskt sörjande har stor klinisk betydelse.

Cullberg (1971, 1975) har gjort en mer utförlig stadiindelning av den akuta krisreaktionen. Chockfasen är den första reaktionen vid akut kris. Den varar från ett ögonblick upp till några dygn. Chockfasen följs av reaktionsfasen som varar 4-6 veckor. I chockfasen kommer en rad psykiska symptom till synes och individens försvarsmekanismer mobiliseras. I reaktionsfasen är det vanligt med sökande efter orsak till det skedda, samt skuld-känslor. När den akuta krisreaktionen avklingat kommer individen över i bearbetningsfasen, individen vänder sig ånyo mot framtiden. Cullberg anser att bearbetningsfasen varar $\frac{1}{2}$ -1 år. Bearbetningsfasen går så småningom över i nyorienteringsfasen. Det psykiska "såret" är läkt. "Nya intressen har ersatt de förlorade. Den skakade självkänslan har återupprättats. De svikna förhoppningarna har

bearbetats".

Caplan (1964) anser, att förmågan att lösa kriser adekvat, har stor betydelse för individens hälsa. Han menar, att man normalt sett, löser problem med ett minimum av självakttagelse och ansträngning i en relativt konstant miljö. När en individ ställs inför ett problem uppstår en psykisk spänning. Denna spänning initierar en problemlösning. När problemet lösts försvinner spänningen och intrapsykisk jämvikt återuppstår. När individen utsättes för en kris uppstår en obalans mellan problemets svårighetsgrad och betydelse å ena sidan och möjligheterna att lösa den å andra sidan. Individens vanliga problemlösningsmetoder fungerar inte inom tillfredsställande tid. Frustrationen, spänningen stiger. Man känner sig hjälplös och ineffektiv och blir psykiskt desorganiserad. När frustrationen nått ett tröskelvärde mobiliseras ett "emergency"-system av interna och externa resurser. Man finner nya problemlösningsmetoder och nyorienterar sig i förhållande till problemet. Om problemet trots detta inte löses kan man: antingen försöka klara situationen genom att resignera inför behoven av tillfredsställelse (jämvikt), eller försöka förvränga problemet perceptuellt. Om ingetdera av dessa försök lyckas, sker ett psykiskt sammanbrott.

Caplan menar att flera faktorer påverkar detta problemlösningsskeende.

1. Återerinringen av liknande situationer som man ställts inför. Minnet av lyckade - misslyckade lösningar.
2. Perception av situationen som problematisk, vilket beror av tidigare erfarenheter och det kulturella mönstret.
3. Sociokulturella faktorer.

Omvärlden ingriper i krissituationen i enlighet med kulturella traditioner och normer. Problemlösningen måste vara tillfredsställande både för individen och hans omvärld.

Caplan menar att krisen leder till mental ohälsa 1) om individen inte kan lösa den på ett sådant sätt att dess behov

tillfredsställs eller 2) om någon i omgivningen förhindrar en behovstillfredsställande lösning. Resultatet av en krislösning är, enligt Caplan, inte enbart beroende av personligheten eller "biopsykosociala" erfarenheter, dessa bidrar men avgörande är samspelet mellan exogena och endogena krafter. Under krisen har individen större beredskap, än i ett jämviktstillstånd, att ta emot hjälp och större känslighet för påverkan. Caplan menar med stöd av detta att man genom hjälp till krisdrabbade kan förebygga några fellösningar som annars ger upphov till försämrad psykisk hälsa.

Litteraturen kring försöken att värdera sambandet mellan sorg och senare psykisk och fysisk patologi är rikhaltig. De flesta undersökningar är retrospektiva, ofta är metodiken svårvärderad, varför endast ett fåtal redovisas i detta sammanhang. Andersson (1949) uppskattade på ett mentalsjukhus att 9 % av de intagna var sjuka p g a att ett patologiskt sorgearbete skett. Sjukdomstillstånden var främst ångesttillstånd men även hysteri, depressiva sjukdomar och obsessioner. Schmale (1958) uppger att 29/42 patienter som vid en medicinmottagning sökt för olika somatiska sjukdomstillstånd spontant rapporterade objektförlust, eller hot om objektförlust, i omedelbar anslutning till insjuknandet. Denna objektförlust var kombinerad med känslor av "hopelessness-helplessness". Wretmark (1959) undersökte 28 patienter som sökt psykiatrisk klinik p g a långvariga, förvridna eller djupa sorgereaktioner. 17 av dessa hade huvudsakligen svåra psykiska symptom, 11 hade dessutom somatisering. Åtta av patienterna hade före sorgereaktionen haft något nervöst symptom, 17 hade personligheter som av Wretmark ansågs bidra till sjukdomsbilden. Wretmark ansåg att personligheten har betydelse för insjuknandet, men att naturen av förhållandet till den döde är viktigare. Han fann att 8 av de 18 patienterna förlorat ett minderårigt barn.

Prospektiva undersökningar av sambanden mellan krisreaktioner och ohälsa är färre än de retrospektiva. Rees och Lutkins (1967) fann att änkor och änklingar hade en signifikant ökad mortalitet inom ett år efter partnerens bortgång jämfört med en kontrollgrupp. Maddison et al (1967) fann försämring av hälsan i signifikant högre grad hos änkor under första året efter förlusten av make än i en kontrollgrupp.

Parkes (1964, 1969, 1970, 1972 a) visade att änkor i jämförelse med en matchad kontrollgrupp, och i jämförelse med sina tidigare anamneser fick en signifikant ökning av psykiska och somatiska symptom, åtminstone första året efter att de förlorat sin make. Om änkorna var under 65 år, ökade huvudsakligen de psykiska symptomen, om de var över 65 år, ökade huvudsakligen de somatiska symptomen.

Vid denna undersöknings början fanns det få systematiska studier av problemet att förlora ett barn, under graviditeten, eller i perinatalperioden. Bruce (1962) har gjort en mindre intervjuundersökning av kvinnor som fått dödfödda barn och de sjuksköterskor som skött dessa kvinnor. Hon fann att kvinnor, som fött döda barn, önskade att få tala om händelsen. De intervjuade sjuksköterskorna hade svårt att uppfatta kvinnornas önskan och försökte dölja sin egen upplevelse inför händelsen, genom att uppmuntra kvinnorna att tänka på något annat. Hon påpekade att även hos vårdpersonal utlöses sorgereaktioner av en sådan händelse. Bruce ansåg att omhändertagandet av kvinnorna skulle förbättras om vårdpersonalen bättre förstod och erkände, sina egna reaktioner.

Cullberg (1966a, 1966b) undersökte 54 kvinnor som före, under eller efter partus förlorat sina matura eller prematura barn. Han gjorde personligen en intervju med kvinnorna 1-2 år efter förlösningen. Cullberg visade att 33 % av kvinnorna hade haft, eller hade kvarstående besvär av psykisk natur och allvarlig grad. Styrkan av reaktionen var ej korrelerad

till ålder, civilstånd, parietet, tidigare missfall eller barnets maturitet. Han fann att missbildade barn gav svårare sorgereaktioner och att om kvinnorna undertryckte sorgen fick de långvarigare och svårare insufficienstagstillstånd. Mer än 50% av kvinnorna hade ordinerats sedativa i samband med utskrivningen från sjukhuset.

Klaus et al (1970) intervjuade kvinnor, med perinatalt döda eller dödfödda barn, 3-22 veckor efter förlossningen. De konstruerade en speciell skala för att mäta graden av sorg. Skalan baserades på sorgsymptom enligt Lindemann. De visade att samtliga kvinnor sörjde, och att det inte hade någon betydelse om barnet var prematurt vid födelsen eller fullgånget. Statistiskt visade de, att hög grad av sorg korrelerade med att kvinnorna tidigare hade förlorat ett spädbarn, eller att kvinnorna haft mycket positiva känslor inför graviditeten. Fysisk kontakt med det levande eller döda barnet korrelerade ej med hög grad av sorg. De ger en rad rekommendationer för omhändertagandet av en kvinna som fött ett dött barn. De ansåg också att en betydande psykologisk bindning av modern till barnet sker redan under barnets intrauterina tillvaro.

Wolff et al (1970) intervjuade post partum mödrar till dödfödda barn. Intervjun upprepades några gånger under det följande året; i vissa fall följde de kvinnorna upp till tre år. Alla kvinnor uppvisade "sorgereaktioner". Wolff et al fann i uppföljningen ej några svåra emotionella reaktioner vilket undersökarna själva trodde berodde på att intervjuerna fungerat som hjälp till krislösning. 20 % av de initialt intervjuade kvinnorna avstod från de uppföljande intervjuerna, vilket försvårade värderingen av resultaten.

Giles (1970) beskriver psykiska symptom hos kvinnor som fått perinatalt döda barn, men gör ej någon uppföljning. Jensen et al (1972) har med strukturerade intervjuer och depressionsskalor försökt att följa 25 kvinnor som fått dödfödda barn. Bortfallet var 60 % vilket försvårade den statistiska

bearbetningen av undersökningsresultaten. De uppgav dock att samtliga kvinnor blivit deprimerade och att depressionen var av ett långvarigt slag. I en senare rådgivande artikel (Jensen et al 1973) menade de dock att kvinnorna sällan utvecklade patologiska sorgereaktioner.

MacLenahan (1962), Seitz et al (1974), Lewis (1971) och Johnsson (1972) har publicerat artiklar med allmänna råd till dem som har till uppgift att vårda kvinnor vilka förlorat ett barn prematurt eller perinatalt.

Efter denna undersöknings början har ytterligare arbeten kring problemet med döda barn publicerats. Helmrath et al (1978) har gjort en intervjuundersökning av 7 föräldrapar som förlorat sitt barn perinatalt. Berg et al (1978) har undersökt resultatet av krisstödsbehandling av 34 par som förlorat ett barn prematurt eller perinatalt (se sid 81). Clarke et al (1979) har undersökt 350 mödrar till dödfödda barn med Becks depressionsinventarium. De har en kontrollgrupp på 380 kvinnor med levande barn födda strax efter de dödfödda. Båda grupperna följdes med depressionsinventariet under 6 månader. Med inventariets definition på depression var 2 dagar post partum 20% av kvinnorna i indexgruppen och 4% av kvinnorna i kontrollgruppen "deprimerade". 6 månader efter partus var 13% av kvinnorna i indexgruppen och 4% av kvinnorna i kontrollgruppen fortfarande "deprimerade". Peppers och Knapp (1980) har gjort en "grief-score"-bedömning av kvinnor som 6 månader till 36 år före bedömningen förlorat en graviditet från missfall till dödfött barn.

Rådgivande litteratur om dödfödda barn har också publicerats under senare tid. Klaus och Kennel (1976) ger en utförlig och välunderbyggd rådgivning till sjukvårdspersonal. Lewis (1976), Gilson (1976), Wretmark-Andersson (1979) och en anonym artikel i BMJ (1977) påtalar problemet och ger råd om handhavandet av de drabbade kvinnorna.

Som framgår av ovanstående litteraturredovisning har många undersökare valt att studera traumatiska kriser i form av sorgereaktioner. Sorg uppstår när en individ drabbas av en objektförlust. En sorgprocess leder, om den fullföljs, till att de emotionella banden till det förlorade objektet upplöses, och eventuellt att ett annat objekt blir föremål för en ny emotionell bindning.

En kvinna som förlorar ett barn i perinatalperioden har förlorat ett objekt av ett särskilt slag.

1. Objektet är dels ett verkligt objekt, vars existens hon känt inom sig, dels ett fantiserat objekt, som hon kunnat ge de egenskaper, hon helst önskar att det skall ha.
2. Objektet är både ett fristående objekt och en del av kvinnan.
3. Kvinnan har ett ovanligt ansvarsförhållande i förhållande till sitt objekt. Hon kan förhållandevis lite styra hur det utvecklas, men känner samtidigt ansvar för hur det utvecklas inom henne. Detta ansvar uttrycks genom de kulturella påbud, av både rationell och irrationell karaktär, som finns om hur kvinnan bör uppföra sig, sköta sig under graviditeten.
4. På grund av objektets speciella karaktär och biologiska förhållande till kvinnan har hon en möjlighet att ersätta sitt förlorade objekt. Hon måste inte genomgå sin sorg och sedan söka ett nytt objekt. Hon kan försöka att göra den tragiska händelsen ogjord genom att koncipiera och föda ett nytt barn som ersättning för det förlorade.
5. Objektet har, åtminstone för de flesta kvinnor i vår kulturkrets, även en speciell betydelse för kvinnan i kraft av att stärka hennes kvinnliga identitet.

Med dessa utgångspunkter har strävan med denna undersökning varit att så långt möjligt värdera de faktorer som kan ha inverkan på kvinnans sorgearbete och hennes förmåga att genomföra det. Undersökningens syfte har varit att:

1. undersöka om den höga frekvens av patologiska sorgereaktioner som Cullberg (1966a) fann är bestående eller om den förändras spontant.
2. försöka förstå vilka faktorer som bidrog till, respektive förhindrade, en fullständig lösning av krisen.
3. utreda vilken funktion ett eventuellt nytt barn fyllde ur olika aspekter.
4. jämföra dessa kvinnors upplevelser av sina liv, med en jämförbar grupp av kvinnor, som ej varit utsatta för samma trauma.
5. belysa vad som blivit bestående i kvinnornas upplevelse av krisen.
6. undersöka om kvinnorna tyckte sig ta skada av en intervju om dessa emotionellt svåra upplevelser.

En förhoppning var också att bidra till kunskandet om traumatiska krisers långtidseffekter, detta då det i litteraturen finns få kontrollerade studier av ett specificerat psykiskt traumas långtidseffekter.

MATERIAL OCH METODER

I. MATERIAL

Samtliga kvinnor som under 3 konsekutiva år på 60-talet, vid Kvinnokliniken, Malmö Allmänna Sjukhus, födde fullgångna barn, vilka dött före, under eller inom 7 dagar efter förlossningen ingår i indexgruppen. Med fullgångna barn avses barn som vid födelsen vägde mer än 2500 gram, eller barn som fötts i eller efter 36 graviditetsveckan. I det följande betecknas årtalen som omnämnes "år 1" - "år 2" o s v. "År 1" motsvarar det första året då de undersökta förlossningarna ägde rum. Därefter numreras åren konsekutivt. Indexgruppen utgöres av 98 kvinnor. 43 kvinnor är förlösta "år 1", 30 kvinnor "år 2" och 25 kvinnor "år 3". ("År 2" infördes vid kliniken nya förlossningsrutiner, vilket kan förklara en del av de skilda frekvenserna i antalet perinatalt döda barn).

Kontrollgruppen består av 98 kvinnor som åren "1", "2", "3" förlöstes med diagnos "partus normalis" från levande, normala, fullgångna barn. Kontrollgruppens kvinnor är matchade mot indexgruppens kvinnor med hänsyn till ålder, antal graviditeter före indexförlossningen, civilstånd och socialgrupp.

Malmö Allmänna Sjukhus har ett upptagningsområde på cirka 250 000 invånare. Inga andra kliniker för förlossningsvård än Kvinnokliniken finns inom området. Hemförlossningar är ytterst sällsynt. Befolkningen är huvudsakligen stadsbefolkning. Matchningen utfördes på uppgifterna i Kvinnoklinikens förlossningsliggare. Författaren utförde samtliga matchningar. Matchning för ålder och parietet gavs högre prioritet än för socialgrupp och civilstånd.

Karakteristik av kvinnorna: Tabell 1:1

	Ålder (medeltal i år) + spridning	Civilstånd		Socialgrupp		
		gift antal kvinnor	ogift antal kvinnor	I antal kvinnor	II antal kvinnor	III antal kvinnor
Index	28.0 $\pm$ 5.8	91	7	13	42	43
Kontroll	28.2 $\pm$ 5.8	94	4	13	40	45

Matchningen för ålder är i 75 fall exakt. I 7 fall har födel-
seåren varit olika men åldersskillnaden ≤ 1 år. I 14 fall är
åldersskillnaden >1 år men <2 år. I 2 fall är åldersskillna-
den >2 år. (26 resp 30 månader).

I 95 fall föreligger exakt överensstämmelse beträffande civil-
stånd. I 3 fall har en ogift indexkvinna jämförts med en gift
kontrollkvinna.

Socialgruppstillhörighet bestämdes enligt "1956 års PM angående
valstatistik i förekommande sociala yrkesgrupperingar".
Matchning för socialgrupp är svår att få rättvisande. På se-
nare år har mer utförliga bedömningsgrunder för socialgrupps-
klassificering utarbetats. I denna studie var socialgrupp-
matchningens syfte endast att undvika att jämföra kvinnor med
mycket olika levnadsomständigheter, och till det ändamålet
ansågs denna grova klassning vara tillfyllest. Kvinnorna har
tilldelats socialgrupp efter sin egen titel utom i de fall då
de uppgivit sig som "hemmafru"; de har i sådana fall erhållit
makens socialgrupp. I inget par skiljer det mer än ett steg i
socialgrupp mellan index och kontrollkvinnor. I 8 fall har
indexkvinnorna den lägre socialgruppen och i 9 fall den högre.

Matchning för parietet före indexförlossningen utfördes pri-
märt på uppgifter i kvinnoklinikens förlossningsliggare -
därefter med hjälp av uppgifter på framtagna BB-journaler
från indexförlossningen. Matchning för tidigare parietet,
uppsdelat på åldersgrupper utföll enligt tabell 1:2.

Kvinnornas tidigare parietet, fördelat på åldersgrupper:

Tabell 1:2

Vid index- förlossningen	22 år		22-34 år		35 år		Alla	
	Ind	Kon	Ind	Kon	Ind	Kon	Ind	Kon
O-para	15	15	32	31	7	7	54	53
I-para	1	0	26	26	1	2	28	28
II-para	0	1	4	3	5	8	9	12
≥ III-para	0	0	3	2	4	3	7	5
	16	16	65	62	17	20	98	98

Indexkvinnorna hade före indexförlossningen fött 76 barn varav 7 var dödfödda, och tre dött under första levnadsåret. Kontrollkvinnorna hade före indexförlossningen fött 77 barn varav ett var dödfött. Denna fördelning speglar att indexkvinnorna i flera fall har fertilitetsproblem.

Under de undersökta åren utgjorde, i Malmö, andelen I-föderskor äldre än 35 år 2 % av totala antalet förlösta kvinnor. (Kvinnoklinikens statistik). I materialet utgör de 7 % av kvinnorna. Denna relativa överrepresentation speglar troligen den ökade förlossningsrisken för mer än 35-åriga förstföderskor. Samtliga kontrollkvinnor hade diagnosen "Partus normalis" och "Barn utan anmärkning".

Indexkvinnornas barn hade olika dödsorsaker:

Dödsorsak	Antal	Kommentar
Okänd	32	
Förlossningskomplikation	19	(T ex långdragen förlossning, ogynnsam bjudning)
Missbildning	19	(varav 3 vitier hos barn till diabetiska mödrar)
Ablatio placentae prematura	10	
Erythroblastos	6	
Navelsträngskomplikation	5	(Prolaps eller navelsträngen flera varv runt barnets hals, vilket i journalen bedömts ge asfyxi)
Hepatos	2	
Hyalina membraner	2	
Diabetes hos modern	1	(Tre övriga diabetiker hade fått barn med vitier)
Toxicos	1	
AP-komplikation	1	(Modern behandlad med AP under graviditeten. Barnet hade hämorrhagia cerebri)

Inget barn har klassats i mer än en grupp. Indelningen har skett efter den, att döma av journalen, troligaste orsaken till barnets död. I förhållande till partus dog barnet: före partus 39 st, under partus 35 st, efter partus 24 st.

Undersökningen påbörjades "år 14" och majoriteten av de i undersökningen ingående intervjuerna utfördes "år 15". Några intervjuer av kontrollkvinnor skedde "år 16". Från den traumatiska händelsen till undersökningen hade därför 12-14 år förflutit. Författaren antog, att efter så lång tid spontana förändringar i krisbearbetningen ej längre ägde rum, och att man skulle kunna iakttaga slutresultaten av den krisbearbetning som skett.

Den s k "Neurosedynkatastrofen" inföll under 60-talet. Ingen av de undersökta kvinnorna hade fött barn med den typ av skador som orsakades av Neurosedyn. Undersökningen omfattar endast kvinnor som fött fullgångna barn. Alla tidigare undersökningar har utförts på mödrar till perinatalt döda prematura och matura barn. Cullberg (1966a) finner ingen korrelation mellan graden av psykiska besvär och barnets maturitetsgrad. Peppers et al (1980) anser att kvinnans psykiska reaktion vid missfall, prematur och matur födsel är densamma. Det är dock ännu ofullständigt utrett hur snabbt och på vilket sätt bindningen från mor till barn sker under graviditeten. Det är visat att moderns upplevelse av det intrauterina barnet varierar under graviditetens förlopp. (Deutsch 1945, Bibring 1961 och Ballou 1978). För att underlätta bedömningen av resultaten valdes därför en grupp som var enhetlig beträffande graviditetens längd.

II. METOD

1. Allmänt

A. Förlossningsjournal från indexförlossningen användes för matchning och upplysningar om förlossningen.

B. Från pastorsexpeditioner erhöles uppgifter om kvinnornas senaste kända adress, samtliga födda barn samt förändringar i civilstånd.

C. För tiden från förlossningen fram till "år 15" efterforskades kvinnornas journaler på kvinnokliniker och psykiatriska kliniker, på deras gamla och nya bostadsorter. Ursprungligen planerades att kartlägga kvinnornas samtliga läkarkontakter, under perioden efter indexförlossningen. Detta visade sig vara ogenomförbart på grund av att många kvinnor flyttat och ett mycket stort antal kliniker och praktiserande läkare skulle behöva engageras i undersökningen. Det bedömdes

som mest sannolikt att det studerade traumat skulle ha givit upphov till antingen psykiska eller gynekologiska besvär, varför kvinnokliniker och psykiatriska kliniker utvaldes.

D. Genom tillmötesgående från försäkringskassan efterforska-des kvinnornas sjukskrivningsperioder från indexförlossningen och framåt. På grund av omläggning på försäkringskassan till data-system kunde dessa perioder endast följas till "år 9".

Antalet sjukskrivningsdagar sammanräknades manuellt för varje kvinna. Ev. sjukskrivning i samband med indexförlossningen in-räknades ej i summan. Graviditetsledighet med ersättning från försäkringskassan inräknades ej. 84 indexkvinnor och 76 kon-trollkvinnor kunde bedömas. Bortfallet redovisas s 26.

E. 93 indexkvinnor, samt 73 kontrollkvinnor som ej flyttat från Malmö och dess närmaste omgivningar, kallades till in-tervjuundersökning. Bortfallet redovisas på s 25. Intervjun skedde på Kvinnokliniken i Malmö eller på hemortens kvinno-klinik. Alla intervjuer utfördes av författaren. Kallelsen skedde medelst formulär (bilaga 1). Indexkvinnorna kallades för "undersökning efter komplicerad förlossning", kontroll-kvinnorna "för undersökning efter mer eller mindre komplice-rad förlossning". 63 indexkvinnor infann sig personligen, 3 intervjuades per telefon, 1 skrev ett långt brev. Telefon-intervjuerna och brevet innehöll många värdefulla upplys-ningar, men blev ej så utförliga att de kunde utnyttjas i bearbetningen av intervjumaterialet. 37 kontrollkvinnor in-fann sig personligen.

Intervjuerna upptogs på kasettband, efter att kvinnan givit sitt tillstånd till detta. Intervjuerna har utförts med s.k. informell intervjumetodik. Vissa data beträffande kvinnorna skulle täckas av intervjuerna. Den informella intervjumeto-diken innebär, att intervjun har karaktären av ett fritt sam-tal, och att den intervjuade uppmuntras att så fritt som möj-

ligt tala om sina erfarenheter och känslor. Denna teknik har fördelen att ge en mer nyanserad och fyllig information. Författaren anser att uttalanden, som kvinnorna spontant gör om sina upplevelser, har en större validitet än den information som erhålles som svar på riktade enhetliga frågeformulär. Det är vidare lättare att skapa en god kontakt med kvinnan vid en informell intervju, vilket ger information, som annars skulle kunna gå förlorad. Näckdelarna med en informell intervju är att bearbetningen av intervjuerna är mycket tidskrävande och att den objektiva bedömningen av materialet försvåras.

De data som författaren strävade att få belysta i varje intervju var:

Kvinnans uppväxtförhållanden, relationer i ursprungsfamiljen, utbildning, yrkesverksamhet.

Kvinnans anamnes beträffande somatiska och psykiska sjukdomar och besvär, gynekologisk anamnes samt sexuell anamnes.

Kvinnans förhållande(n) till män, särskilt maken.

Kvinnans förhållande till barnen (om hon hade några).

Kvinnans syn på sitt liv och sina relationer till omvärlden före och efter indexförlossningen.

Kvinnans syn på indexförlossningen och hennes upplevelser under denna. Särskild vikt lades vid att försöka utforska hennes känslor under indexgraviditeten, indexförlossningen och efterförloppet till indexförlossningen.

Kvinnorna tillfrågades, om och hur indexförlossningen påverkat hennes liv och om hennes åsikt på vilket sätt hon bemästrat den situation som uppstod efter indexförlossningen.

Indexkvinnorna tillfrågades också om sin åsikt om, vad kvinnor som får ett dött barn behöver, för att komma igenom upplevelsen. Alla kvinnor tillfrågades om skälen till att de deltog i undersökningen. Alla frågor ställdes så "öppna" som möjligt.

Indexkvinnorna förstod i allmänhet tämligen omgående vilken förlossning som avsågs med undersökningen. Kontrollkvinnorna fick veta vilken förlossning författaren var speciellt intresserad av, och att mitt intresse rörde hur de upplevt den och hur det gått för dem därefter. Strax före intervjuundersökningen hade debatt pågått i massmedia om kvinnors förlossningsupplevelser, vilket troligen underlättade undersökningen. Intervjuerna med indexkvinnorna varade 60-90 minuter. Intervjuerna med kontrollkvinnorna varade 45-60 minuter. Ingen intervju avslutades utan att författaren och den intervjuade var överens om att inget mer var att säga för tillfället. Den avsatta intervjutiden var 120 minuter per kvinna.

Alla intervjuer skrevs ut verbatim från banden. Intervjuerna har sedan bearbetats på följande sätt:

1. Efter att ha läst och lyssnat till en intervju har ett skattningsformulär (se bilaga 3) ifyllts, där olika ämnesområden och frågeställningar skattats på sådant sätt att det skulle möjliggöra en statistisk bearbetning av upplysningarna i intervjuerna. Varje skattning utfördes i direkt tidsmässigt samband med genomgången av intervjun. Författaren har gjort samtliga skattningar.
2. Graden av krislösning har bedömts för indexkvinnorna (se s. 23).
3. Författaren har i samband med upprepad genomgång av varje intervju försökt belysa vilken/vilka faktorer som bidragit till, resp förhindrat, en fullständig krislösning (se sid 123 o följ.).
4. Intervjuerna har använts för att illustrera vissa väsentliga upplevelser och synpunkter som kvinnorna givit uttryck för.

Ursprungligen var även avsikten att belysa krislösningsskeenden med hjälp av s k "fallstudier". Det befanns emellertid svårt att ändra levnadsberättelserna så mycket att de blev tillräckligt anonyma för att bevara tystnadsplikten och ändå bibehålla illustrationsvärdet. Av etiska skäl utgick denna del av redovisningen.

F. De kvinnor, som personligen deltagit i intervjuundersökningen, fick 12-18 månader efter denna, sig tillsänt ett enkelt frågeformulär med svarskuvert. Frågeformuläret rörde huruvida de haft psykiska svårigheter p g a intervjun eller ej (bilaga 2).

2. Speciellt

Bedömning av graden av krislösning (Ad E 2).

I litteraturen har patologiska sorgereaktioner oftast definierats medelst symptom (Lindemann, 1944; Deutsch, 1937; Raphael 1975; Parkes, 1965II; Bowlby, 1961 b; Wretmark, 1959). Klaus och Kenell (1970) har konstruerat en "grief-score" med symptom baserade på Lindemanns sorgsymptom. Andra författare har mätt sorgereaktioner med hjälp av depressionsskalor (t ex Clarke et al 1979). Caplan (1960) har gjort en bedömning av utgången av en krishändelse, där relationerna i familjen tages som mått på "healthy outcome".

För att få en mer nyanserad och fullständig bedömning av krislösningen i denna undersökning gjordes en definition av vad som avsågs med "fullständig krislösning". Denna bedömning grundar sig dels på uppfattningen att olösta kriser kan leda till symptomt bildning, dels på uppfattningen att man bör realistiskt uppfatta och integrera den traumatiska händelsen för att kunna anses ha löst krisen. Frihet från symptom är inte nödvändigtvis liktydigt med att krisen har lösts. För att bedömas ha en fullständig krislösning krävdes:

1. Kvinnan skulle förstå vad intervjun handlade om ganska snart efter att hon kommit till den (traumat skulle ej vara undanträngt).
2. Kvinnan skulle kunna berätta realistiskt om vad som hänt henne (inga stora förvrängningar av det skedda).
3. Kvinnan skulle ej idealisera det döda barnet.
4. Kvinnan skulle ha löst upp den skuldkänsla hon från början eventuellt haft och se händelsens orsaker i ett realistiskt perspektiv, utifrån den information hon hade.
5. Kvinnan skulle ej lägga orealistiska stora skuldbördor på någon annan person.
6. Kvinnan skulle ha "förlåtit" sig själv, sjukhuset, livet, ödet för händelsen.
7. Kvinnan skulle, om hon hade skaffat ett nytt barn, uppleva detta som en självständig individ, som hon kunde respektera som sådan, utan jämförelser med det döda barnets fantiserade egenskaper.
8. Kvinnan skulle fungera i sitt sociala liv.
9. Kvinnan skulle ej ha traditionell patologi i form av psykiska symptom som kunde härledas till krisen eller hade börjat i anslutning till denna (som symptom räknades då stark nedstämdhet, depression, ångslan, ångest, sömnsvårigheter, apati, isolering, omotiverad aggressivitet mot omvärlden, överdrivna självförebåelser, psykotiska symptom, uttalade hypokondrier).
10. Kvinnan skulle ej i tankarna syssla mycket och ofta med det döda barnet.
11. Kvinnan skulle kunna tala om det skedda i intervjun utan starka känslouttryck. Om hon grät något skulle hon kunna erkänna sambandet med tanken på det döda barnet. (Stark okontrollerad gråt ansågs ej höra samman med fullständig krislösning efter så många år. För att göra den somatiska jämförelsen; det själsliga "såret" skulle ha ärrvandlats så väl att man kunde röra vid det utan att stark smärta uppstod).

Intervjuerna klassificerades enligt följande skala:

1. Fullständig krislösning: 10-11 av ovanstående kriterier uppfyllda (kriterium 9 måste vara uppfyllt).
2. Partiell krislösning: 8-9 av ovanstående kriterier uppfyllda och kvinnan uttryckte tillfredsställelse med sitt liv och ett avstånd till händelsen i vardagslag.
3. Ofullständig krislösning: mindre än 8 av kriterierna uppfyllda.
4. Obedömlar krislösning: Kvinnans utsagor och uppträdande under intervjun omöjliggjorde bedömning av till vilken händelse(r) hennes nuvarande symptom och upplevelser härrörde.

Klassificering av krislösningen gjordes i omedelbar anslutning till samtidig genomlysning och läsning av den bandade intervjun. Författaren har bedömt samtliga intervjuer med hänsyn till krislösningsgrad. För att testa reliabiliteten av dessa bedömningar gjorde en erfaren psykiater* en oberoende blindbedömning av tio intervjuer (3 vardera ur grupp 1-3, 1 ur grupp 4). Bedömaren var ovetande om fördelningen på olika grupper av de intervjuer han bedömde. Överensstämmelsen mellan skattningarna var 100%, varför skalan ansågs vara användbar.

III. BORTFALL

Med hänsyn till att flera olika källor för datainsamling har använts har flera olika typer av bortfall från undersökningen erhållits. Med början "år 1" är bortfallet från möjligheten att delta i intervjuundersökningen representerat i tabell 1:3.

* Prof L Kaij

Orsaker till bortfall från möjlighet att deltaga i intervjuundersökning: Tabell 1:3

År	Index		Kontroll		Orsak till bortfallet
	bortfall	kvar (antal)	bortfall	kvar (antal)	
3	1	97	1	97	båda flyttat utomlands
6	1	96	1	96	Båda döda
10			1	95	flyttat utomlands
11	1	95	1	94	båda döda
12	1	94			flyttat utomlands
13	1	93			död
16			2	92	döda

Dödsorsaker i indexgruppen: a) Hämmorrhagia cerebri; b) subarachnoidal-blödning; c) utvidgat suicid - denna patient hade utsatts för extrema påfrestningar och suicidet kan ej bedömas enbart vara utlöst av följder av indexförlossningen.

Dödsorsaker i kontrollgruppen: a) Neoplasma auris; c) cancer colli uteri; c) utvidgat suicid - troligen under inflytande av en cycloid psykos; d) oklar dödsorsak, troligen tablett-intoxikation.

2. BB-journaler: Samtliga journaler från indexförlossningen i såväl index- som kontrollgruppen återfanns.

3. Uppgifter från pastorsexpeditioner: Uppgifter om antal födda barn, ändringar av civilstånd, och flyttningar återfanns för samtliga kvinnor.

4. Uppgifter från försäkringskassan: 14 indexkvinnor och 22 kontrollkvinnor saknade "sjukskrivningskort" (F-kort) på Försäkringskassan. Vissa kvinnor fanns registrerade på försäkringskassan trots att de aldrig varit sjukskrivna. Orsaken till bortfallet tycktes till en del betingas av att kvinnorna flyttat. I några fall kunde man ej utreda varför uppgift saknades. De ej återfunna kvinnornas medelålder vid indexförlossningen och parietet före indexförlossningen skilde sig

ej från hela materialet, varför det antogs att inget systematiskt fel förekom i bortfallet. Efter "år 9" skedde på Försäkringskassan en övergång till nytt registreringssystem. Därefter blev uppgifterna mycket osäkra.

5. Uppgifter från psykiatriska kliniker och kvinnokliniker: Alla tillfrågade kliniker besvarade förfrågan om journaler, beträffande de i undersökningen ingående kvinnorna. På psykiatriska kliniker fanns journaler över 15 st index- och 14 st kontrollkvinnor. På kvinnokliniker fanns journaler (BB-journaler ej inräknade) över 39 index- och 30 kontrollkvinnor. Med hänsyn till att förfrågningar ej gjorts hos privatpraktiserande läkare har som tidigare nämnts ej fullständig täckning av kvinnornas psykiatriska och gynekologiska läkarkontakter uppnåtts.

Intervjuundersökningen

93 indexkvinnor kallades till intervju till närmast belägna kvinnoklinik, 63 infann sig. 3 intervjuades i telefon. 1 skrev ett långt brev efter en kort telefonkontakt.

73 kontrollkvinnor som bodde kvar i Malmö och dess närmaste omgivning kallades till intervju. Av praktiska och ekonomiska skäl kallades ej kontrollkvinnor som flyttat mer än 5 mil från Malmö. 37 kvinnor infann sig.

Med kallelsen följde ett svarsformulär, med plats för att fylla i anledningen till att man ej ville deltaga. Kvinnor som uteblev från undersökningen resp. ej svarade fick en ny kallelse. De kvinnor som på svarsformuläret uppgivit sitt telefonnummer och ej motiverat sitt uteblivande söktes telefonkontakt med. Med detta förfaringssätt uppstod flera typer av bortfall:

- 1) kvinnor som ej kallats, p g a de flyttat långt - (endast kontrollgruppen).
- 2) kvinnor som författaren ej kom i kontakt med, ej fick något svar från.

- 3) kvinnor som passivt ej velat delta. Till denna grupp hänfördes
- a/ de som svarat "vill ej" och ej uppgivit telefonnummer eller ytterligare orsak till att de ej kom.
 - b/ de som uppgivit ett "neutralt" skäl (t.ex hinner ej)
 - c/ de som svarat ja på kallelsen men sedan uteblev en eller flera gånger.
- 4) kvinnor som aktivt ej velat delta. Till denna grupp hänfördes de kvinnor som skriftligen eller vid telefonkontakt gav starka uttryck för att de ej ville komma. (T.ex "Jag sätter aldrig mer min fot på det sjukhuset!")

Bortfallsorsaker hos kvinnor som ej deltagit i intervjuundersökningen. Tabell 1:4.

Skäl för att ej delta	Index	Kontroller
Döda	3	4
Flyttat utomlands	2	2
Ville ej: aktivt	11	0
Ville ej: passivt	6	19
Ej svar, ej kontakt	9	17
Summa	31	42
Ej kallade	0	19
Summa	31	61

De 11 kvinnor som aktivt motsatte sig undersökning var alla indexkvinnor, sex av dem uppgav som skäl att de inte ville tala om det som varit. Samtliga indexkvinnor som uteblivit är ur krissynpunkt särskilt intressanta då deras uteblivande kan vara direkt betingat av att en fullständig krislösning inte ägt rum. (Jfr Gyllensköld, 1975). I den senare resultatredovisningen återkommer därför en närmare analys av olika faktorer hos de uteblivna kvinnorna. (Sid 69).

Bortfallett medförde att 67 (72 %)* av tillfrågade indexkvinnor och 37 (51 %) av tillfrågade kontrollkvinnor deltog i intervjun. Skillnaden i deltagande är signifikant ($X^2=7.8$, $p < 0,01$). De indexkvinnor som deltog i undersökningen hade i många fall ett "budskap" till intervjuaren. Skillnaderna i deltagande, mellan indexkvinnor och kontrollkvinnor, har tolkats till en del vara beroende av att indexkvinnorna på grund av sina tidigare upplevelser varit mer motiverade att delta än kontrollkvinnorna.

Konklusionen av ovanstående blir att indexkvinnorna har både starkare skäl för att delta och för att inte delta i undersökningen, än kontrollkvinnorna.

En jämförelse mellan de intervjuade kvinnorna i indexgruppen (de 3 telefonintervjuade, den som skrev brev medräknade) och kvinnorna i kontrollgruppen visar ingen skillnad i ålder vid indexförlossningen, socialgrupp eller parietet vid indexförlossningen.

Karakteristik av intervjuade kvinnor. Tabell 1:5.

Vid index- förlossningen	22 år		22-34 år		34 år		Alla	
	Ind	Kon	Ind	Kon	Ind	Kon	Ind	Kon
O-para	11	9	21**	6	4	3	36	18
I-para	0	0	18	10	1	0	19	10
II-para	0	0	3	3	4	1	7	4
≤ III-para	0	0	3	1	2	4	5	5
Summa	11	9	45	20	11	8	67	37

* Varav 63 infann sig personligen (sid 24)

** Varav 3 telefonintervjuade kvinnor och 1 kvinna som skrev brev.

RESULTAT

III. Krislösning i långtidsperspektiv

A. Allmän bedömning av krislösning

I litteraturen råder olika uppfattningar om vilken tid sorgeprocessen tar i anspråk. Caplan (1967) anger varaktigheten av en kris till 4-6 veckor. Med en kris' varaktighet synes han avse den tid, vilken av andra betraktas som en fas i krisprocessen, reaktionsfasen (Bowlby 1961b, Parkes 1972b, Cullberg 1971). Clayton (1968) anger en sorgeprocess' varaktighet till omkring 4 månader. Den vanligaste uppfattningen synes vara att en sorgeprocess varar omkring ett år (Parkes 1972b, Engel 1964 o a). Därefter anses sorgen kronicerad eller genomarbetad.

Beträffande förlusten av ett perinatalt dött barn finns inga angivelser om vad som är att betrakta som en "normal" sorgetid. Wretmark (1959) och Singh (1981) anger att sorgen efter ett barn är långvarigare och intensivare än efter en annan anhörig. Lehrman (1956) och andra menar att sorgen efter ett oväntat dödsfall, och dödsfall i en ålder där man normalt ej förväntar sig död, (untimely death) är svårare att bearbeta än annan sorg.

Intervjuerna med kvinnorna i detta material skedde 12-14 år efter förlusten av det perinatalt döda barnet. Det antogs att inga väsentliga förändringar i bearbetningen av sorgen sker efter en så lång tidsrymd.

Denna undersöknings definition på fullständig-ofullständig krislösning applicerades på de kvinnor som personligen infann sig till intervjun. (Se sid 24).

De intervjuade indexkvinnornas grad av krislösning framgår av tabell 2:1.

Grad av krislösning (undersökarens bedömning). Tabell 2:1.

	Antal kvinnor	% av bedömda (N=63)
Fullständig krislösning (krislösning 1)	23	37
Partiell krislösning (krislösning 2)	14	22
Ofullständig krislösning (krislösning 3)	21	33
Ej bedömbara (krislösning 4)	5	8

Under intervjun tillfrågades kvinnorna om deras egen bedömning av hur de "kommit över" händelsen. Svaren fördelar sig som framgår av tabell 2:2.

Kvinnornas bedömning av i vilken utsträckning de "kommit över" indexhändelsen. Tabell 2:2.

Kvinnans uppfattning	Antal kvinnor	% av bedömda (N=63)
Jag har kommit över det	43	68
Jag har kommit över det delvis	17	27
Jag har inte kommit över det	2	3
Ej utfrågat under intervjun *	1	1.5

* P g a ej lämpligt tillfälle gavs.

En viss inkongruens mellan kvinnornas och undersökarens uppfattning om hur väl krisen förlöpt förelåg. En jämförelse mellan kvinnornas och undersökarens bedömning redovisas i tabell 2:3.

Jämförelse mellan kvinnornas och undersökarens uppskattning av "grad" av krislösning. Tabell 2:3.

	<u>Undersökarens bedömda grad av krislösning</u>			
	Kris- lösning	Kris- lösning	Kris- lösning	Kris- lösning
	1	2	3	4
<u>Kvinnornas uppfattning:</u>				
Jag har kommit över det	20	8	11	4
Jag har kommit över det delvis	3	6	7	1
Jag har inte kommit över det	0	0	2	0
Ej utfrågat under intervjun	0	0	1	0

Kommentar

Det råder en skillnad mellan undersökarens och kvinnornas uppfattning om huruvida händelsen är helt bearbetad eller ej.

30 % av kvinnorna anser själva, att de inte helt kommit över krisen efter 12-14 år. De kvinnor, som ej ansett sig ha löst krisen fullständigt, återfinns till största delen i de grupper som bedömts ha ofullständig krislösning.

Uppfattningen hos kvinnorna att de har kommit över händelsen skiljer sig dock ifrån resultaten i undersökningen. Orsaken till detta synes vara att flera kvinnor, som anser sig ha kommit över händelsen, har lyckats undvika en bearbetning av krisen genom att förtränga eller förskjuta känslorna kring händelsen och ofta i stället utvecklat symptom av något slag,

vilka de ej själva förbinder med förlusten av barnet. Denna skillnad i bedömningen var väntad med hänsyn till att kriterierna för bedömningen av krislösning till en del är bedömning av faktorer som ej är medvetna för kvinnorna. (I kap IV:5 redovisas och exemplifieras dessa skillnader.)

Jämförelser mellan olika undersökningar beträffande effektiviteten av krislösning är svåra att utföra då olika författare har olika definitioner av vad de avser med "god krislösning". I flera fall har ingen definition av vad som avses med "god krislösning" gjorts. Jämförelser försvåras också av det faktum att interventioner från undersökarnas sida (t ex i form av intervjuer) kan påverka förloppet av sorgeprocessen och ändra utfallet vid uppföljningen. Vidare synes det ge olika resultat om man väljer intervjuform för bedömningen eller skickar ut frågeformulär för självskattning av de undersökta.

Clayton (1968) anser att man i allmänhet överskattat betydelsen av en sorgeprocess och finner hos en grupp av sörjande anhöriga (40 personer) "hög" frekvens depressiva symptom strax efter dödsfallet men att dessa symptom i hög grad försvunnit 3 månader senare (30/40 kunde efterundersökas). Hennes grupp är liten hon bedömer endast depressiva symptom och bortfallet är relativt sett stort. Clayton är också ganska ensam om sina resultat. Parkes (1971) finner psykiska besvär hos änkor i c:a 40 %, ett år efter makens död. Maddison et al (1967) finner subjektivt dålig hälsa hos c:a 20 % av de efterlevande, 13 månader efter förlusten av make eller maka. 40 % av de kvarlevande i Maddisons undersökning hade subjektivt god hälsa vid samma tidpunkt. Clarke (1979) finner med Becks depressionsinventarium "depression" omedelbart post partum hos 20 %, och efter 6 månader hos 14 % av mödrarna till perinatalt döda barn. Det är tvivelaktigt om ett depressionsinventarium är ett bra instrument för att mäta sorg.

Cullberg (1966 a) intervjuundersökte kvinnor, som fått perinatalt döda barn (matura och prematura), 12-24 månader efter förlusten av barnet. Kvinnorna som ingick i Cullbergs undersökning var bosatta i en stor stad och hade fött sina perinatalt döda barn åren 1961-62. Cullberg använder sig huvudsakligen av uttalade psykiska symptom som kriterium på att sorgereaktionen är obearbetad. Cullberg anger kvarstående psykiska besvär hos 18 av 56 undersökta kvinnor (32 %). Cullbergs resultat är desamma som i denna undersökning. Trots att denna undersöknings kriterier för fullständig- ofullständig krislösning är något mer utarbetade än Cullbergs torde resultaten i de båda undersökningarna grovt kunna jämföras. Således synes ingen större förändring ske i krisbearbetningen efter 12-24 månader. Resultaten i denna undersökning stöder dem som anser att man efter ungefär ett år kan betrakta en kvarstående sorgereaktion som kronisk.

B. Evaluering av speciella faktorer

1. Sjuklighet i efterförloppet till födelsen av ett dött barn
Ett flertal undersökningar finns kring problemen hur sorg påverkar dödlighet och sjuklighet hos personer som lidit en signifikant objektförlust (för översikt av litteraturen se Parkes 1972b). En del undersökningar rör tiden närmast efter en objektförlust, då antalet psykiska symptom kraftigt stiger. Andra rör en något långsiktigare påverkan på individens hälsotillstånd. Parkes, som ingående studerat problemen, menar att det första året efter en objektförlust finns en klar ökning av den drabbade individens sjuklighet, både som individen subjektivt upplever den, och i form av intagningar på sjukhus för somatiska sjukdomar. Litteraturen kring relationen mellan objektförlust i olika stadier av livet och senare psykiatrisk och somatisk morbiditet är synnerligen rikhaltig med p g a olika material, olika undersökningsmetodiker och ofta brist på kontrollgrupper är rättvisande jämförelser svåra att utföra. I litteraturen kring kriser finner man

ofta uppgiften att, ett patologiskt krislösningssätt är att utveckla somatiska eller psykiska symptom (Lindemann 1944, Caplan 1967, Pollock 1961, Raphael 1975).

I denna undersökning valdes att undersöka sjuklighet i form av sjukskrivningstider efter indexhändelsen. Med den tidigare redovisade metodiken uträknades sjukskrivningstiden från indexförlösningen till "år 9" för 84 indexkvinnor och 76 kontrollkvinnor (se sid 20). De 14 indexkvinnor och 22 kontrollkvinnor som ej kunde återfinnas skilde sig ej signifikant från varandra (index versus kontroller) eller från de undersökta kvinnorna beträffande bakgrundsdata eller år för indexförlösning.

Undersökta indexkvinnor hade under undersökningsperioden varit sjukskrivna i medeltal 159 dagar (spridning 263 dagar). Undersökta kontrollkvinnor hade under undersökningsperioden varit sjukskrivna i medeltal 74 dagar (spridning 152 dagar). Då dessa medeltal var svåra att jämföra p g a de stora spridningarna gjordes en indelning av sjukskrivningsperioderna efter längd och den procentuella andelen av kvinnor i var grupp uträknades:

Jämförelse mellan sjukskrivningstider för index- och kontrollkvinnor. Tabell 2:4.

		Antal sjukskrivningsdagar under perioden					
		0-50	50-100	100-150	150-200	250-350	350-2500
% index-							
kvinnor	39	20	14	8	7	11	
(N=84)							
(antal	33	17	12	7	6	9)	
% kontroll-							
kvinnor	63	13	7	8	5	4	
(N=76)							
(antal	48	10	5	6	4	3)	

Dessa fördelningar är olika ($\chi^2=10.5$ 5 df $p=0.06$). Skillnaden uppkommer av att indexkvinnorna har färre individer i gruppen med korta sjukskrivningstider och fler i grupper med långa sjukskrivningstider än kontrollkvinnorna (De kvinnor som avlidit sedan index-händelsen synes ej ha påverkat utfallet. I indexgruppen återfanns sjukskrivningstid för två avlidna kvinnor - båda hade dött av hastigt insättande cerebrovaskulära sjukdomar. I kontrollgruppen ingick samtliga avlidna kvinnor i den grupp vars sjukskrivningstider ej återfanns).

För att undersöka om sjukskrivningstiden hade något samband med bedömningen av krislösningen undersöktes sjukskrivningstider för de kvinnor vilka bedömts i krislösningshänseende.

Medeltal sjukskrivningsdagar för personligen intervjuade indexkvinnor: Tabell 2:5.

		Medeltal sjuk- skrivningsdagar	Antal kvinnor
Krislösningsgrupp	1 (fullgod)	76.0	20
"	2 (partiell)	173.4	11
"	3 (ofullständig)	304.5	19
"	4 (svårbedömd)	167.2	4

Sjukskrivningstider för personligen intervjuade indexkvinnor fördelat på olika längderna av sjukskrivning: Tabell 2:6.

	Summa dagar sjukskrivning					
	0-50	50-100	100-150	150-250	250-350	350-450
Krislös- ningsgr 1						
antal	13	2	3	0	2	0
(%)	(65)	(10)	(15)		(10)	
Krislös- ningsgr 2						
antal	3	1	3	1	1	2
(%)	(27)	(9)	(27)	(9)	(9)	(18)
Krislös- ningsgr 3						
antal	4	4	1	4	1	5
(%)	(21)	(21)	(5)	(21)	(5)	(26)

För att möjliggöra en meningsfull statistisk beräkning indelades materialet i två grupper: en grupp med sjukskrivningstider mindre än 150 dagar, en grupp med sjukskrivningstider mer än 150 dagar.

Jämförelser mellan kvinnorna i krislösningsgrupp 1 respektive 3 och kontrollkvinnorna framgår av tabell 2:7 och 2:8.

Sjukskrivningstider - jämförelse mellan "krislösningsgrupp 1" och kontrollkvinnor: Tabell 2:7.

	0-150 dagars sjukskrivning	Mer än 150 dagars sjukskrivning	(N)
Krislösningsgr 1	18	2	(20)
Kontrollkvinnor	63	13	(76)
$\chi^2 = 0.6 \quad 1 \text{ df} \quad \text{N.S.}$			

Sjukskrivningstider - jämförelse mellan "krislösningsgrupp 3"
och kontrollkvinnor: Tabell 2:8.

	0-150 dagars sjukskrivning	Mer än 150 dagars sjukskrivning	(N)
Krislösningsgr 3	9	10	(19)
Kontrollkvinnor	63	13	(76)
$\chi^2 = 10.4 \quad 1 \text{ df} \quad p \sim 0.001$			

För att ytterligare kontrollera detta resultat jämfördes kvinnorna i vardera krislösningsgrupp 1 och 3 med sina egna (ursprungligen matchade) kontrollkvinnor. Indexkvinnor i krislösningsgrupp 1 och deras matchade kontrollkvinnor visade ingen skillnad i fördelning av sjukskrivningsdagar i hög resp låg sjukskrivningsgrupp. Indexkvinnor i krislösningsgrupp 3 och deras matchade kontrollkvinnor skilde sig beträffande fördelningen i hög respektive låg sjukskrivningsgrupp (χ^2 5.4 1df $p=0.02$). Denna skillnad betingades av att för få indexkvinnor hade varit sjukskrivna "kort" tid och för många indexkvinnor varit sjukskrivna "lång" tid.

I gruppen med fullständig krislösning finns 2 kvinnor med sjukskrivningstid mer än 250 dagar. Den ena kvinnan hade juvenil diabetes, den andra led av en återkommande tromboembolienägenhet. I gruppen med ofullständig krislösning finns 6 kvinnor med sjukskrivningstider överskridande 250 dagar. En av dessa utvecklade efter indexförlösningen diabetes, en annan hornhinnedystrofi. De 4 övriga kvinnorna hade inga identifierbara sjukdomar av kronisk karaktär. De uppgifter de lämnade om sin sjuklighet i intervjuerna var mer av diffus karaktär t ex magvärk, ryggont.

För att korrigera beräkningarna för kroniska sjukdomstillstånd, som kan ge långvariga sjukskrivningsperioder, men som på medicinska grunder ej kan antagas i sig vara en följd av indexförlossningen, borttogs de kvinnor som i intervjuerna lämnat anamnes på sådana sjukdomar. Det rörde sig om 4 kvinnor med diabetes, en med långvarig gallvägsaffektion med peritonitkomplikation, en kvinna med hornhinnedystrofi, en kvinna med cancer mammae och en kvinna med tromboembolisk sjukdom. De kvarvarande kvinnornas sjukskrivningsperioder blev då:

		Medeltal sjuk- skrivningsdagar	Antal kvinnor
Krislösningsgrupp	1	62.8	18
"	2	155.7	9
"	3	206.7	15

Sambandet mellan "kort sjukskrivning och fullständig krislösnings resp "lång" sjukskrivning och ofullständig krislösnings kvarstår.

Kommentar

Andra undersökare har för att bedöma sjuklighet använt antal besök hos "husläkare", alternativt patientens subjektiva bedömning av sjuklighet. Ett annat sätt har varit användandet av symptominventorier. Ingen av dessa sätt att mäta sjukdom är invändningsfri, även om troligen metodiken med frågeformulär kombinerat med någon av de andra måtten ger säkrare resultat.

Att mäta sjuklighet retrospektivt genom att utnyttja officiella register, har den fördelen att resultatet inte påverkas av minnesfel hos kvinnorna eller annan bias - registrering som sådan medför inga systematiska fel. Det bedömdes också som allt för svårt för kvinnorna att efter så lång tid

uppskatta sin egen tidigare sjuklighet genom subjektiv totalbedömning eller retrospektiva frågeformulär.

Tekniken att undersöka sammanlagda tiden för sjukskrivning har en del svagheter. Det är t ex inte säkert att upplevelse av sjukdom alltid leder till sjukskrivning. Under observationsperioden var antalet karensdagar för sjukersättning 3. Sjukskrivningsperioder längre än 3 dagar kunde ej uppstå utan att en läkare hade bedömt behovet av sjukskrivning. Med undersökningens metodik differentieras ej mellan sjukskrivning i omedelbar anslutning till indexhändelsen och senare sjukskrivning vilket får ses som en svaghet, liksom det faktum att uppgifter om sjukskrivningstider före indexhändelsen saknas.

Med denna undersökningsmetodik kan en ökad sjukskrivningsfrekvens för indexkvinnorna jämfört med kontrollkvinnorna visas, de närmaste åren efter indexhändelsen. Denna ökade sjukskrivning synes härröra från de kvinnor som bedömts ha en ofullständig krislösning. Undersökningen stärker således antaganden om att en form av patologisk krislösning är att omforma obearbetade känslor i sorgeprocessen till symptom.

- o -

2. Olika faktorerers förhållande till krislösningsgraden.

Flera undersökningar har gjorts i avsikt att utreda vilka faktorer som är av betydelse för att en fullständig krislösning skall ske (alternativt - en sorgeprocess skall fullbordas). De faktorer som har kommit på tal angående sorgeprocesser har rört:

- A) faktorer hos individen såsom: ålder, kön, fysisk och psykisk hälsa vid tiden för krisen, individens psykiska mognad, tidigare erfarenheter av signifikanta objektförluster.

- B) faktorer angående förhållandet mellan individen och objektet såsom: graden av beroende av objektet, graden av ambivalens till objektet, objektets ålder i förhållande till individens ålder, typen av objektrelation i termer av "narcissistiskt objekt".
- C) faktorer rörande omgivningen "socialt nätverk" såsom: antalet och kvaliteten av andra objektrelationer, omgivningens förmåga att understödja respektive undertrycka individens sorgereaktion, kulturella faktorer rörande sorgearbetet.
- D) faktorer rörande sättet för objektförlust såsom: om objektförlusten skett mycket oväntat eller plötsligt, omständigheterna kring orsaken till objektförlusten (Lehrman 1956, Janis 1958, Caplan 1964, Engel 1964, Maddison 1968, Raphael 1975).

Vid utarbetandet av skattningsformulären för intervjuerna hölls sådana synpunkter i åtanke. Resultatet av skattningarna och deras korrelation till graden av krislösning redovisas grupperade kring olika områden, för åskådlighetens skull.

Krislösningsgrupperna har betecknats enligt:

Fullständig krislösning	-	Krislösning	1
Partiell krislösning	-	"	2
Ofullständig krislösning	-	"	3
Ej bedömbär krislösning	-	"	4

Grupper i det följande som klassats som "ej bedömbär" har ej medtagits i de statistiska beräkningarna, varken beträffande skattade faktorer eller krislösning 4. När standardvillkoren för X^2 -analys (enl Siegel 1956) ej helt uppfyllts har resultaten av X^2 -testen satts inom parentes.

Ålder och socialgrupp hos kvinnan korrelerat mot krislösning:

Tabell 2:9.

Variabel	Grupp	Antal	Krislösningsgrupp			Korrelation
			1	2	3	
Ålder vid indexförlösningen	< 22 år	9	2	4	3	(NS)
	22-34 år	41	18	9	14	
	> 34 år	8	3	1	4	

Soc grupp vid indexförlösning	I	7	3	2	2	(NS)
	II	29	8	7	14	
	III	22	12	5	5	

Kommentar

Tidigare undersökningar har visat att det finns en skillnad mellan änkor, äldre och yngre än 65 år i sättet att bearbeta förlusten av maken (Parkes 1972). Åldersspridningen i föreliggande material är relativt liten och torde inte påverka resultatet av krislösningen. Hypotetiskt kunde man dock antaga att de äldre kvinnorna, med sin mindre sannolikhet för att ånyo bli gravida, skulle kunna få större svårigheter vid krislösningen. Detta var ej fallet. Cullberg (personligt meddelande) anser att samband mellan socialgruppstillhörighet och krisbearbetning finns. I detta material finns ej stöd för någon sådan skillnad, beträffande utfallet av krislösningen.

Kvinnans erfarenheter före indexförlossningen korrelerat till krislösningen. Tabell 2:10.

Variabel	Grupp	Krislösning			Korrelation
		1	2	3	
Kvinnans förhållande till sin mor (undersökarens bedömning)	Bra	9	4	1	$(\chi^2=10.1$ 4df $p=0.04)$
	Ordinärt	11	5	13	
	Dåligt	2	5	6	
	(Ej bedömbart	1	0	1)	
Kvinnans förhållande till sin far (undersökarens bedömning)	Bra	11	6	5	$(\chi^2=12.1$ 4 df $p=0.02)$
	Ordinärt	10	6	8	
	Dåligt	0	0	6	
	(Ej bedömbart	2	2	2)	
Objektförlust i barndomen (Inkluderar krislösningsgrupp 4)		<u>Antal</u>			
	Före 4 års ålder		3		
	Efter 4 " "		5		
	Nej		55		
Kvinnan har någon gång haft psykiska symptom <u>före</u> indexhändelsen		<u>Krislösning</u>			
		1	2	3	
	Ja	2	4	9	$\chi^2=6.7$ 2 df $p=0.04$
	Nej	21	10	11	
	(Ej bedömbart	0	0	1)	

Kommentar

Kvinnor med gott förhållande till modern är överrepresenterade i gruppen med fullständig krislösning och kvinnor med dåligt förhållande till modern är överrepresenterade i gruppen med ofullständig krislösning. Beträffande förhållandet till fadern ger endast dåligt förhållande till fadern en överrepresentation av kvinnor i gruppen med ofullständig krislösning. (En kvinna har uppgett sig ha dåligt förhållande till både fadern och modern.) Ingen kvinna uppgav spontant att förhållandet till föräldrarna förändrats från gott

till dåligt eller tvärtom av indexhändelsen. Den troligaste tolkningen av ovanstående fynd torde vara att kvinnor med goda förhållanden till föräldrarna, åtminstone den ena, tidigare har bibringats möjligheter att förstå och acceptera sina känslor, och de med ett dåligt förhållande har saknat dessa möjligheter. En upplevelse av att ej vara accepterad av sina föräldrar kan också eventuellt leda till svårigheter att upprätta de sociala kontakter som är viktiga för att uppnå en fullständig krislösning (se nedan).

Tidig objektförlust har av många undersökare ansetts ha stor betydelse för hur man senare i livet bearbetar nya objektförluster. (För definition av objektförlust se bil. 3). Av störst betydelse därvidlag har objektförluster före 4 års ålder ansetts vara (t ex Barry & Lindemann 1960). Vi finner i denna undersökning ej något stöd för detta. Dock har inte enbart objektförlust betydelse utan även sättet att, som barn, hantera denna objektförlust. Av de 8 kvinnor som varit utsatta för objektförlust i barndomen hade 5 en fullgod krislösning.

Flera andra författare har visat, att individer, vilka före en sorgprocess haft psykiska symptom, är mer disponerade för ofullständiga sorgprocesser med kvarstående psykiska besvär. I denna undersökning finns samma typ av samband. Kvinnor som tidigare haft psykiska symptom är överrepresenterade i gruppen med ofullständig krislösning. Det bör dock observeras att av 21 kvinnor med ofullständig krislösning uppgav 11 att de ej haft psykiska symptom före indexhändelsen.

Kvinnans sociala nätverk korrelerat till krislösning:

Tabell 2:11.

Variabel	Grupp	Krislösning			Korrelation
		1	2	3	
Kvinnans upp- levelse av stöd från maken i sam- band med krisen	Mycket	14	6	1	$\chi^2=17.1$ 4 df p < 0.01
	Något	6	4	8	
	Inget	2	3	10	
	(Maken behövde stöd	0	1	1)	
	(Ej bedömbart	1	0	1)	
Kvinnans upp- levelse av stöd från annan anhörig än maken	Mycket	5	2	1	$(\chi^2=14.2$ 4 df p < 0.01)
	Något	6	7	0	
	Inget	5	3	13	
	(Ej bedömbart	7	2	7)	
Kvinnans upp- levelse av förhållandet till maken efter index- händelsen	Bättre	5	4	4	(NS)
	Sämre	2	4	4	
	Oförändrat	16	6	10	
	(Ej bedömbart	0	0	3)	
Äktenskapet vid index- händelsen enligt kvinnan	Bra	8	8	3	$(\chi^2=12.0$ 4 df p < 0.02)
	"Normalt"	12	3	9	
	Dåligt	3	1	8	
	(Ej bedömbart	0	2	1)	

Kommentar

Caplan (1964) betonar att kriser löses i samverkan mellan en individ och hans/hennes omgivning. Resultaten ovan stöder denna uppfattning. Även andra författare har funnit att kvaliteten av det "sociala nätverket" har stor betydelse för utgången av en sorgeprocess (Maddison 1967, Singh et al 1981). Klaus och Kennel (1970) finner också att maken är av stor betydelse för kvinnan i hennes sorgearbete efter förlusten av ett perinatalt dött barn.

Faktorer kring barnet korrelerat till krislösning:

Tabell 2:12.

Variabel	Grupp	Krislösning			Korrelation
		1	2	3	
Barnet var enl. undersökarens bedömning av kvinnans utsago	Önskat Oönskat	21 2	12 2	18 3	(NS)
Barnet var enl. kvinnans upp- gift	Planerat Oplanerat (Ej bedömbart)	16 7 0	10 4 0	13 7 1)	NS
Barnet var enl. kvinnans upp- fattning	Missbildat Ej missbildat (Ej bedömbart)	7 15 1	2 12 0	2 19 0)	(NS)
Kvinnan såg barnet i sam- band med för- lossningen	Ja Nej (Ej bedömbart)	4 19 0	3 11 0	5 14 2)	(NS)
Indexbarnet var barn nummer	1 2 ≥ 3	10 8 5	8 5 1	10 6 5	(NS)

Kommentar

Ett antagande vid undersökningens uppläggning var att krislösningen, för kvinnor som haft en ambivalent inställning till sin graviditet, skulle vara särskilt svår. Något sådant samband finnes ej. Några kvinnor kunde erkänna att barnet var oönskat. Man kan dock förmoda att här finns ett stort "mörkertal" och att några pålitliga uppgifter om hur kvinnans inställning till graviditeten var - under denna - är svåra att erhålla så långt efteråt (se även sid 87). Cullberg (1966a) finner i sin undersökning att kvinnor som fött missbildade barn hade ett särskilt långt och svårt sorgearbete. Något sådant samband återfinns ej i detta material, troligen beroende på, att här ej har bedömts sorgearbetets svårighetsgrad, utan resultatet av sorgearbetet (jämför även Helmrath et al 1978). Flera författare (Klaus & Kennel 1970, Lewis 1976) är

av åsikten att man bör låta kvinnorna se sina avlidna barn, även om de är missbildade eller macererade. De anser att ett sådant förfarande underlättar igångsättandet av sorgeprocessen. Vi finner inte stöd för att sorgeprocessen skulle leda till ett fullständigare resultat om kvinnan sett barnet. I detta material hade dock 10 kvinnor velat se barnet, men ej fått det, vilket de upplevde som mycket svårt. Klaus et al (1970) har ej funnit några skadliga effekter av att låta kvinnor se och röra sina döda barn, men däremot ofta iakttagit att vårdpersonalen har haft svårt att visa döda, särskilt missbildade, barn för mödrarna. Ingen kvinna, i denna undersökning, som sett sitt döda barn, uppgav sig ha haft något obehag av att se det.

Förlossningsfaktorer korrelerat mot krislösning: Tabell 2:13.

Variabel	Grupp	Krislösning			Korrelation
		1	2	3	
Barnet dog i förhållande till förlossningen	Före	12	3	8	NS
	Under	7	7	5	
	Efter	4	4	8	
Barnets dödsorsak var	Okänd	8	0	6	(NS)
	Förlossningskomplikation*	4	4	4	
	Missbildning	6	1	4	
	Ablatio plac	2	4	3	
	Övriga	3	5	4	
Kvinnan minns förlossningen som	Olidlig	2	1	2	(NS)
	Svår	8	8	11	
	Normal-lätt	11	5	8	
	(Ej bedömbart	2	0	0)	
Kvinnan upplevde fara för sitt eget liv under förlossningen	Ja	0	3	2	(NS)
	Nej	15	6	15	
	Antytt	7	4	2	
	(Ej bedömbart	1	1	2)	
Vårdtid på KK i samband med förlossningen	2-3 dagar	4	3	7	$X^2=9.13$ 4 df $p=0.06$
	4-5 dagar	13	3	11	
	>5 dagar	6	8	3	

* (med förlossningskomplikation avses t ex långdragen förlossning (> 24 tim); komplicerad bjudning)

Kommentar

I tidigare undersökningar, av kvinnor som fött perinatalt döda barn, har ej någon särskild vikt lagts vid kvinnornas upplevelser under förlossningen, ej heller vid hur svåra förlossningarna varit. Lagercrantz (1979) har undersökt kvinnor med levande barn och deras förlossningsupplevelser. Hon finner att ett upplevande av förlossningen som svår, påverkat kvinnans förhållande till sitt barn. Vid planerandet av denna undersökning var en av målsättningarna att utreda huruvida förlossningens svårighetsgrad eller förlossningsdiagnosen hade något samband med kvinnans förmåga att bearbeta sin sorgereaktion. Något sådant samband har ej påvisats i detta material.

En hypotes i undersökningens början var att kvinnor med osedvanligt svåra förlossningar kunde tänkas vara överrepresenterade bland dem som ej ville infinna sig till intervjun. Fördelningen av förlossningsdiagnoserna hos patienter som utelämnas från intervjuer och de som kommer till intervjuer är i stort sett lika utom vad beträffar ablatio placentae. Av de kvinnor som haft ablatio placentae kom 9 av 10 kallade till intervjuundersökningen. Av dessa 9 hade 2 fullständig krislösning, 4 partiell och 3 ofullständig krislösning. Kvinnans upplevelse av att hon själv svävat i livsfara synes ej ha någon betydelse för hur hon löste krisen. Att kvinnorna själva upplevde fara för sitt liv var inte alltid förenat med objektiv livsfara. Det var t ex en inte ovanlig reaktion, hos kvinnor med intrauterint dött barn, att tro att de själva också skulle dö på grund av "fosterförgiftning".

Tiden som kvinnan vårdats på KK har ej tydligt samband med krislösningen. Kvinnor med partiell krislösning har i hög grad vårdats mer än 5 dagar och kvinnor med ofullständig krislösning har i relativt hög grad vårdats 2-3 dagar på kvinnokliniken.

Faktorer angående information till kvinnan korrelerat mot
krislösning: Tabell 2:14.

Variabel	Grupp	Krislösning			Korrelation
		1	2	3	
Informationen om "olyckan" gavs av (kvinnans uppgift)	Läkare	13	8	8	(NS)
	Barnmorska	6	3	7	
	Maken	0	0	3	
	(Ej bedömbart	4	3	3)	
Kvinnans upp- levelse av informationens kvalitet	God	3	3	1	(NS)
	Ofullständig	16	11	17	
	Ingen	3	0	2	
	(Ej bedömbart	1	0	1)	
Är barnets döds- orsak känd av kvinnan (inkl att hon vet att sjukhuset inte vet orsaken)	Ja	7	10	12	NS
	Nej	15	4	9	
	(Ej bedömbart	1	0	0)	
Kvinnan har aktivt försökt få reda på döds- orsaken	Ja	12	7	9	NS
	Nej	10	5	8	
	(Ej bedömbart	1	2	4)	
Har kvinnan aktivt undvikit att utröna dödsorsaken	Ja	5	0	3	(NS)
	Nej	18	14	17	
	(Ej bedömbart	0	0	1)	

Kvinnornas egna åsikter om hjälp i sorgearbetet

Variabel	Grupp	N
Kvinnan uppger att det som hjälpte henne <u>mest</u> var:	Det nya barnet (när kvinnan fått det)	12
	Maken	7
	Läkare	0
(Inkluderar krislös- ningsgrupp 4)	Arbetet	3
	Tiden	9
	Egna styrkan	10
	Mer än en faktor ovan	11
	Vet ej	8
	Ej bedömbart	3
Kvinnan önskar åt andra i samma situation	Snällt bemötande på sjukhuset	27
	Bra make	7
(Inkluderar krislös- ningsgrupp 4)	Nytt barn	5
	Stor styrka	6
	Att det ej skall hända	2
	Annat	15
	Ej bedömbart	1

Kommentar

Kvinnornas upplevelser av hur mycket information som gavs, eller vem som gav information om att barnet dött, synes ej ha påverkat kvinnans förmåga att lösa krisen. Det är dock anmärkningsvärt att endast hälften av kvinnorna anser sig ha fått information av en läkare. Ingen kvinna tyckte sig heller ha fått någon avgörande hjälp från någon inom sjukhuset. 43% önskar dock för dem som kommer i hennes dåvarande situation, i lite olika ordalag, ett "snällt" bemötande från sjukhusets sida (se även sid 142). Bruce (1962) anser att sjukvårdspersonal ofta har en tendens att förneka sina egna och kvinnornas känslor vid perinatala dödsfall. Bourne (1968) visar att läkare, som skött kvinnor som fått perinatalt döda barn, har en stark tendens att "glömma" dessa kvinnors sjukhistorier. En sådan "glömska" uppvisar samma läkare ej beträffande sjukhistorier hos kvinnor som fött levande barn. Trots att kvinnornas upplevelse av graden av information ej påverkat krislösningen, är att märka att endast 7 kvinnor ansåg sig ha

fått god information. Vidare är det ett större antal kvinnor som kan redovisa barnets dödsorsak än antalet kvinnor som ansett sig ha fått god information. Kvinnorna har haft behov att få tala mer om omständigheter kring händelsen, än vad de givits möjlighet till. (Se även sid 96 o följ).

- o -

3. Resultat av jämförelser mellan index- och kontrollkvinnor

a) Journaler och sociologiska data, en jämförelse.

I litteraturen har, veterligen, inte tidigare jämförelse gjorts mellan kvinnor som fött döda barn och en jämförbar kontrollgrupp. För hela gruppen kvinnor har jämförelser beträffande data ur BB-journaler, uppgifter från pastorsexpeditioner, uppgifter från sjukkassor, och journaler från psykiatriska kliniker och kvinnokliniker kunnat göras. Resultatet av jämförelsen av sjukskrivningstider redovisades i föregående avsnitt.

I materialet finns inga skillnader beträffande flyttningar; 74 % av indexkvinnorna och 78 % av kontrollkvinnorna hade under observationsperioden inte flyttat från Malmö och dess närmaste omgivningar.

Berg et al (1978), har hävdatt att många äktenskap som belastas med ett perinatalt dött barn går till skilsmässa. (Jfr även MacCollum 1972). I detta material finner vi:

Skilsmässfrekvens - jämförelse index- kontrollkvinnor:

Tabell 2:15.

	Ej skilda	Skilda 0-5 år efter indexförlossningen	Skilda 5-8 år efter indexförlossningen
Index	84%	8%	8%
Kontroller	91%	6%	3%

Skilsmässor orsakade av belastningar på äktenskapet, i samband med indexhändelsen, torde ha märkts inom de närmaste åren efter indexhändelsen. Någon skillnad mot kontrollgruppen i antalet skilsmässor finnes inte. Detta hindrar inte, att flera av de intervjuade indexkvinnorna uppgav, att deras skilsmässa orsakades av det emotionella klimat, som uppstod efter det döda barnets födelse.

Tidigare visades att indexkvinnorna i högre grad än kontrollkvinnorna hade varit sjukskrivna under perioden från indexförlösningen till "år 9". Vid undersökning av journaler från kvinnokliniker och psykiatriska kliniker finnes dock ingen säker skillnad mellan kontroll- och indexgruppen, beträffande besök på dessa kliniker. Från indexförlösningen till "år 16" hade 39 indexkvinnor och 30 kontrollkvinnor sökt på kvinnoklinik för gynekologiska problem (besök p g a graviditetskontroller har ej räknats). Någon bestämd skillnad i orsaker till kvinnornas besök fanns ej. En indexkvinna var intressant i sammanhanget: hon hade under åren närmast efter indexförlösningen sökt ett stort antal gånger på kvinnoklinik för uttalade besvär i och omkring urogenitalorganen, utan att man någon gång kunnat verifiera ett objektivt sjukdomstillstånd hos henne. Denna kvinna blev intervjuad och hade då enligt min bedömning många problem kring den egna kvinnligheten och sexualiteten. Ett säkert samband mellan hennes "underlivsbesvär" och födelsen av det döda barnet kunde ej fastslås. Hos övriga index- och kontrollkvinnor fanns ingen påfallande skillnad beträffande diagnoser eller frekvens av besök hos gynekologer.

Vid genomgång av journaler från psykiatrisk klinik återfanns 15 indexkvinnor och 14 kontrollkvinnor. I indexgruppen fanns 7 inläggningar (en och samma kvinna) samt 139 polikliniska besök. Av dessa polikliniska besök svarade två kvinnor tillsammans för 75 stycken. För båda dessa kvinnor syntes födelsen av det döda barnet ha en viss betydelse för deras kontak-

ter med psykiatrisk klinik, men även andra faktorer var av betydelse. I 5 fall var det döda barnet den direkt utlösande orsaken till den insufficiensperiod som kvinnorna sökte för. I kontrollgruppen fanns 3 inläggningar (2 patienter) och 47 polikliniska besök. En kvinna svarade för 20 av dessa, hon hade efter partus utvecklat ett insufficienstagstillstånd som så småningom ledde till ett tablettberoende. Man finner således inte på kvinnokliniker och psykiatriska kliniker några tydliga skillnader mellan index- och kontrollgruppen i frekvensen av besök på berörda kliniker, eller besök av den karaktär som skulle kunna tyda på att grupperna skilt sig åt på något avgörande sätt genom födelsen av ett dött barn. Bortfallets storlek är dock okänt då endast registrerade besök på sjukhus kunnat mätas.

Genomgång av journaler från indexförlossningen visar skillnader. Komplikationer i puerperiet förekom i 30 % hos indexkvinnorna och i 15 % hos kontrollkvinnorna. (Med komplikationer i puerperiet avses t ex blödning, feber eller blodtrycksförhöjning som noterats i journalen). Tiden för vården på sjukhuset skiljer dock avsevärt mellan grupperna:

Vårdtider puerperalt - jämförelse index- och kontrollkvinnor:
Tabell 2:16.

	Tid	Index	Kontroll	
Vårdtid	2-3 dgr	29	6	$\chi^2 = 31.7$
på BB	4-5 dgr	44	81	3 df
enligt	6-8 dgr	19	9	$p < 0.001$
journalen	≥ 9 dgr	6	2	

Kommentar

Skillnaden mellan grupperna betingas till en mindre del av att indexgruppen har något fler längre vårdtider än kontrollgruppen, vilket är rimligt med hänsyn till den större andelen komplicerade puerperier hos indexgruppen. Den större skillna-

den betingas av att indexkvinnorna i avsevärt högre grad skrivs ut tidigare från kvinnokliniken än kontrollkvinnorna. Det har tidigare visats av Bourne (1968) och Bruce (1962) att läkare och sjuksköterskor har tendens att ta avstånd från kvinnor som fött döda barn. Den i denna undersökning funna tidiga utskrivningen av indexkvinnorna kan tolkas som ett uttryck för avståndstagande till indexkvinnorna. I några fall har kvinnorna själva inte motsatt sig ett sådant tidigt utskrivande då de befunnit sig i chockfas eller reagerat på indexhändelsen med att vilja fly från sjukhuset.

b. Evaluerings av intervjuer

Mellan intervjuade index- och kontrollkvinnor (63 resp 37 stycken) har jämförelser kunnat göras efter skattning av intervjuerna. De kvinnor, som kom till intervjun, skilde sig ej vad beträffar ålder, socialgrupp och civilstånd från de som ej kom. Anamnesen beträffande sexualia har ej kunnat skattas då en tillräckligt nära kontakt ej uppnåtts med kvinnorna för att erhålla en bedömbare sexualanamnes. Vid den statistiska bearbetningen har ingen gång gruppen "ej bedömbart" inräknats.

Bakgrundsfaktorer - jämförelse index- och kontrollkvinnor:

Tabell 2:17.

Variabel	Grupp	Index (N)	Kontroll (N)	Korrelation
Barndomen beskrivs av kvinnan som	God Normal Dålig	14 32 17	7 23 7	NS
Objektiv störning i barndomen (t ex alkohol eller skilsmässa)	Ja Nej (Ej bedömbart	9 52 2	8 29 0)	NS
Objektför-lust av signifikant person i barndomen	Före 4 år Efter 4 år Nej	3 5 55	4 4 29	NS
Förhållande till far	Bra Ordinärt Dåligt (Ej bedömbart	23 25 9 6	8 20 5 4)	NS
Förhållande till mor	Bra Ordinärt Dåligt (Ej bedömbart	14 32 14 3	12 22 2 1)	$\chi^2 = 5$ 2 df p = 0.08

Kommentar

Inga signifikanta skillnader framkommer i bakgrundsfaktorer beträffande uppväxten. Tidigare har exempelvis Deutsch (1945) och Groddeck (1949) föreslagit att konflikter i den kvinnliga identiteten skulle kunna leda till missfall och döda barn. Kaij et al (1969) finner en tendens hos spontanaborterande kvinnor, till en närmare bindning till fadern än modern. Jag finner inte detta, men väl en tendens till rejektion av modern hos indexkvinnorna. Vid en retrospektiv undersökning kan ej avgöras om denna upplevelse hos kvinnorna, av bristfälligt förhållande till modern, är primär eller har färgats av deras upplevelse av det reproduktiva misslyckandet.

Faktorer rörande barnet - jämförelse index- och kontrollkvinnor. Tabell 2:18.

Variabel	Grupp	Index (N)	Kontroll (N)	Korrelation
Barnet var	Önskat	55	27	NS
	Oönskat	8	9	
	(Ej bedömbart	0	1)	
Barnet var	Planerat	42	23	NS
	Oplanerat	20	13	
	(Ej bedömbart	1	1)	

Kommentar

Ingen skillnad föreligger mellan kvinnornas minnen av hur önskat eller planerat barnet var i de olika grupperna. (Jfr kommentar sid 87)

Faktorer rörande maken (sociala nätverket) - jämförelse index- och kontrollkvinnor. Tabell 2:19.

Variabel	Grupp	Index (N)	Kontroll (N)	Korrelation
Äktenskapet (enligt kvinnan)	Bra	20	4	$X^2 = 10.9$ 2 df p = 0.004
	Ordinärt	25	28	
	Dåligt	15	5	
	(Ej bedömbart	3	0)	
Förhållandet till barna-fadern efter index-händelsen	Bättre	13	1	$X^2 = 15.6$ p < 0.001 2 df
	Oförändrat	33	34	
	Sämre	13	1	
	(Ej bedömbart	4	1)	

Kommentar

Kvinnornas bedömning av sina äktenskapliga förhållanden skiljer mellan indexkvinnor och kontrollkvinnor. Denna skillnad orsakas av att indexkvinnorna ger en mer nyanserad skildring av det känslomässiga förhållandet i hemmet; samt av att indexförlossningen i indexkvinnornas fall har givit upphov till förändringar i förhållandet till barnafadern i högre grad än för kontrollkvinnorna. Den tragiska händelsen har gjort

indexkvinnorna mer medvetna om känslomässiga relationer och fått dem att uttrycka sig mer nyanserat om sådana förhållanden (se även tab 2:17). Detta förhållande tolkas som ett stöd för den av Caplan framställda hypotesen att kriser kan leda till ökad mognad och tillväxt emotionellt.

Faktorer rörande förlossningen - jämförelse index- och kontrollkvinnor. Tabell 2:20.

Variabel	Grupp	Index (N)	Kontroll (N)	Korrelation
I BB journa- len från indexför- lossningen framstår förloss- ningen som (författ. bedömn)	Normal Något komplic Mycket komplic	30 13 20	34 3 0	$\chi^2 = 16.2$ 2 df $p < 0.001$
Kvinnan upplevde förloss- ningen som	Normal Svår Olidlig (Ej bedömbart	26 29 6 2	24 12 1 0)	$\chi^2 = 4.5$ 1 df $p = 0.04$ (sammansla- get svår + olidlig)
Under för- lossningen* minns kvin- nan att hon kände sig	Mycket ensam Ensam Väl omskött (Ej bedömbart	10 21 7 25	1 12 15 9)	-
Kvinnans minne av indexför- lossningen under inter- vjun	Tydligt Minns efterhand Otydligt (Ej bedömbart	48 9 5 1	16 10 11 0)	$\chi^2 = 12.6$ 2 df $p < 0.01$
Kvinnan kände fara för livet under index- förlossningen	Ja Nej Antytt (Ej bedömbart	6 39 14 4	0 32 4 1)	$\chi^2 = 7.1$ 2 df $p = 0.03$

* P g a den stora gruppen av "ej bedömbara" i båda grupperna har ej den siffermässiga uträkningen ansetts meningsfull.

Kommentar

Som väntat uppkommer signifikanta skillnader mellan index- och kontrollgruppen beträffande förlossningarnas svårighetsgrad både "objektivt" och beträffande kvinnornas upplevelser av svårighetsgraden. Under intervjuerna var det mycket tydligt att indexkvinnorna hade emotionellt starka, kvarvarande minnen av förlossningen i högre grad än kontrollkvinnorna. I båda grupperna rapporteras spontant ensamhetsupplevelser under förlossningen. En stark ensamhetsupplevelse är vanligare hos indexkvinnorna som ofta hade känt sig lämnade åt sitt öde under förlossningen. (Jfr s 112). Rapporteringen om ensamhet är kvinnornas spontana meddelande till intervjuaren, vilken ej gav någon direkt fråga rörande detta. Intervjufrågan var "Vad har Ni för minnen av era upplevelser under förlossningen". De redovisade upplevelserna stämmer väl med Bruces fynd och de "fallbeskrivningar" som kvinnor, vilka genomgått en sådan förlossning gjort i dagspress och på andra ställen. (Text Johnson, 1972).

Indexkvinnorna meddelade också spontant att de fått en starkare medvetenhet om att de kan drabbas av olyckor och att det ofta lett till ökad försiktighet med de levande barn, de har:

Inställning till de levande barnen - jämförelse index- och kontrollkvinnor. Tabell 2:21.

Variabel	Grupp	Index	Kontroll	Korrelation
Kvinnan har upplevt sina nu levande barn som överbeskyddade (kvinnans bedömning)	Ja Nej (Ej bedömbart)	16 42 5	1 36 0)	$X^2 = 14.4$ 1 df $p < 0.001$

Att ett barns död leder till konsekvenser, för de levande barnen, i en familj som drabbats har uppmärksamats från flera håll, oftast i litteratur rörande "SIDS" ("Sudden infant death syndrome", t ex Friedmann, 1974; Salk, 1971; Weinstein, 1978).

I föregående avsnitt visades en skillnad mellan indexkvinnor och kontrollkvinnor beträffande sjukskrivningsperioder under observationstiden. Skattning av psykiska symptom före och efter indexförlossningen visar:

Psykiska symptom före och efter indexförlossningen - jämförelse index- och kontrollkvinnor. Tabell 2:22.

(Beräkningarna gjorda på symptom-icke symptom)

Variabel	Grupp	Index	Kontroll	Korrelation
Kvinnan har före index- förlossningen haft tydliga symptom på:	Depression	10	2	NS
	Ångest	4	0	
	Psykos	0	0	
	Hypokondri	1	2	
	Inga	47	29	
	(Ej bedömbart	1	4)	
Kvinnan har efter index- förlossningen haft tydliga symptom på:	Depression	22	4	$\chi^2 = 7.2$ 1 df $p < 0.01$
	Ångest	10	3	
	Psykos	1	0	
	Hypokondri	2	3	
	Inga	25	24	
	(Ej bedömbart	3	3)	

Kommentar

Denna skattning var naturligtvis vanskelig då den utfördes på retrospektiva data. För indexkvinnorna utgör dessutom indexförlossningen en tydligare händelse i livet än för kontrollkvinnorna. I båda grupperna tillkommer med tiden kvinnor med psykiska symptom. Att en förlossning i sig kan leda till ökad psykisk morbiditet är tidigare känt (t ex Nilsson, 1970, Uddenberg 1974). Hos indexkvinnorna ökar den psykiska morbiditeten mer än hos kontrollkvinnorna.

Många indexkvinnor uppgav, att de efter indexförlossningen ej kunnat känna sig "riktigt glada" mer. 84 % av kontrollkvinnorna tycker sig ofta känna sig glada mot 35 % av indexkvinnorna, vilket stämmer med att depressiva symptom tycks ha tilltagit mest.

C. Fertilitet efter födelsen av dött barn. Ett nytt barns inverkan på krislösningen.

Det råder ingen enhetlig uppfattning om vilka faktorer som styr familjestorleken. Åsikten om den viktigaste styrfaktorn synes betingas av vilken utgångspunkt (ekonomisk, sociologisk, psykologisk) bedömaren har (Urval nr 11 SCB, 1979). Åsikterna om huruvida perinatalt döda barn kompenseras av högre fertilitet i efterförloppet varierar. Diskussion kring dessa frågor har till största delen förts i genetiska tidskrifter. Reed (1971) har gjort en kritisk granskning av tidigare litteratur. Han anser att tidigare undersökningar, vilka oftast hävdat att ett perinatalt dött barn ger upphov till en reproduktiv kompensation, är otillfredsställande p g a alltför heterogena material och bristfälliga statistiska metoder. Vogel et al (1975) anser att man efter födelsen av ett dött barn finner en nettokompensation, hos kvinnor med tidigare bevisad fertilitet, i form av ett levande barn. Denna kompensation inträder enligt Vogel et al inom ett år. Under en 4-årig uppföljning finner de en nettoreduktion av fertiliteten hos hela materialet.

Ur psykologisk synpunkt finns det en möjlighet att försöka komma till rätta med sorgen efter ett dött barn genom att skaffa ett nytt barn - genom "undoing" av händelsen och dess effekter (se även sid 13).

I denna undersökning har försök till belysning av följande frågeställningar gjorts:

1. Hur vanligt är det att ett nytt barn föds i nära anslutning till förlusten av ett barn, perinatalt?
2. Vilken inverkan har födelsen av ett perinatalt dött barn på a) kvinnans fertilitet? b) slutliga familjestorlek?
3. Om ett nytt barn föds efter det döda, vilket samband har födelsen av det barnet med krisbearbetningens resultat?

Resultat:

Vid jämförelser mellan kontrollgrupp och indexgrupp finner man:

Ytterligare barn efter indexförlossningen - jämförelse index- och kontrollkvinnor. Tabell 2:23.

	Ja	Nej	(antal kvinnor i var grupp)
Index	68	30	$\chi^2 = 4.2$
Kontroller	54	44	1 df $p = 0.04$

Således skaffar 69 % av indexkvinnorna och 55 % av kontrollkvinnorna ett eller flera nya barn efter indexförlossningen. Indexkvinnorna skaffar oftare ett nytt barn än kontrollkvinnorna.

Som framgår av tabell 2:24 uppvisar kvinnor som fött döda barn en skillnad både i fertilitetsmönster och slutlig familjestorlek mot kontrollgruppen. Indexkvinnorna föder i signifikant högre grad ett barn inom 2 år efter indexförlossningen än kontrollkvinnorna. När 2 år förflutit föreligger ej någon skillnad mellan indexkvinnor och kontrollkvinnor beträffande antalet följande graviditeter. Indexkvinnorna föder under hela observationsperioden signifikant fler barn än kontrollkvinnorna. Indexkvinnorna får dock under samma period signifikant lägre antal levande barn än kontrollkvinnorna. "År 15" när observationsperioden slutade var de yngsta, i undersökningen ingående kvinnorna, 31 år. Majoriteten hade passerat 35 år varför man inte kan räkna med något avgörande tillskott av barn efter observationsperiodens slut. Förhållanden varierar dock inom hela gruppen och är beroende av kvinnans ålder vid indexförlossningen (se tabell 2:24).

De unga indexkvinnorna (under 22 år vid indexförlossningen) föder snabbt ett nytt barn efter indexförlossningen men de uppvisar inte någon statistisk skillnad mot sin kontrollgrupp beträffande totalt antal födda barn. De "unga" kontrollkvinnorna tenderar att ha större familjer än de "unga" indexkvinnorna. De kvinnor som vid indexförlossningen var 22-34 år är den största gruppen och deras fertilitetsförhållanden förhåller sig som hela materialets. De kvinnor som vid indexförlossningen var äldre än 34 år är en liten och heterogen grupp. I den ingår dels kvinnor som föder sitt första barn vid denna ålder, dels kvinnor vilka innan indexförlossningen hade 2 eller flera barn. De kvinnor som föder sitt första barn vid en så relativt sett hög ålder har i stor utsträckning inte senare koncipierat barn. De som tidigare hade barn har ibland försökt att "ersätta" det döda barnet och detta "ersättande" sker av naturliga skäl snart efter indexförlossningen. Totala antalet barn per kvinna uträknat i % av hela åldersgruppen framgår av Figur I.

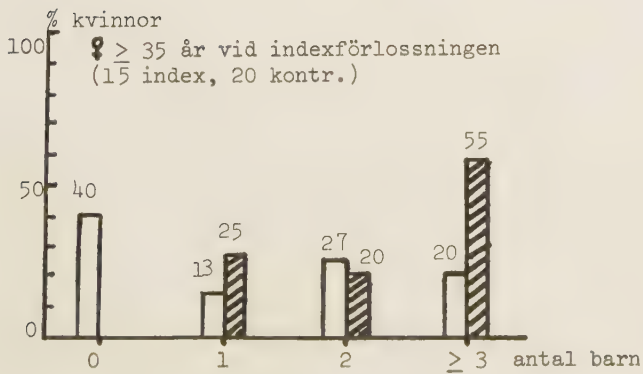
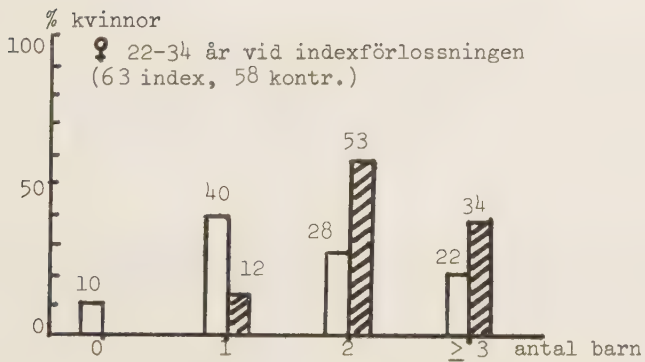
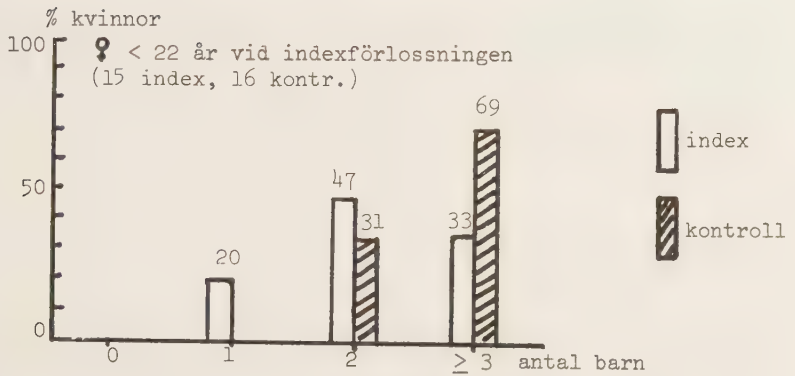
Parietetsförhållanden, före och efter indexförlösningen - jämförelse index- och kontrollkvinnor: Tabell 2:24
(Bortfallet: se sid. 26)

	Barn före indexförlösningen (antal)				Barn födda efter indexförlösningen inom 2 år efter indexförlösningen*				2-5 år efter indexförlösningen**				Till "år 15" födda barn (total-antal)***				Antal levande barn "år 15" (total-antal) ***					
	0	1	2	≥3	0	1	2	Korr	0	1	2	Korr	1	2	3	≥4	Korr	0	1	2	≥3	Korr
Alla mödrar	54	28	9	7	52	44	(1)	$\chi^2=23.0$	56	36	(4)	NS	11	24	33	25	$\chi^2=9.1$	12	30	29	22	$\chi^2=27.9$
	53	28	12	5	84	14	(0)	$\frac{1}{p}<0.001$	62	33	(1)		11	41	30	12	$\frac{3}{p}<0.03$	0	12	40	42	$\frac{3}{p}<0.001$
Kvinnans ålder vid indexförlösn. 22 år	15	1	0	0	5	11	(0)	$\chi^2=3.1$	5	8	3	-	0	3	7	5	-	0	3	7	5	-
	15	0	1	0	10	6	(0)	$\frac{1}{p}=0.07$	4	11	1		0	5	8	3		0	0	5	11	
22-34 år	32	26	4	3	33	30	(1)	$\chi^2=17.7$	38	25	1	NS	5	20	22	16	$\chi^2=10.6$	6	25	18	14	$\chi^2=20.3$
	31	26	3	2	54	8	(0)	$\frac{1}{p}<0.001$	41	19	0		6	32	16	4	$\frac{3}{p}<0.02$	0	7	31	20	$\frac{3}{p}<0.001$
35 år	7	1	5	4	14	3	(0)	-	13	3	0	-	6	1	4	4	-	6	2	4	3	-
Index	7	2	8	3	20	0	(0)		17	3	0		5	4	6	5		0	5	4	11	
Kontr																						

* 1 indexkvinna bortfallen ** 2 index-, 2 kontrollkvinnor bortfallna *** 5 index-, 4 kontrollkvinnor bortfallna

Figur I

Totala antalet levande barn "år 15"



Den tidigare parieteten påverkar om kvinnan föder ett nytt barn när hon förlorat ett barn perinatalt.

Parietetens samband med konceptionen av nytt barn efter indexgraviditeten hos indexkvinnor. Tabell 2:25.

		<u>Indexbarnet var nr</u> (indexkvinnor):			
		<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	
Nytt barn	Ja	42	18	7	$X^2 = 6.6$
	Nej	12	10	9	2 df $p < 0.05$

(Om tabellen korrigeras för de 5 indexkvinnor som "år 3" - "år 13" dött eller flyttat utomlands blir sambandet det-samma ($X^2 = 6.7$))

Indexkvinnor som var förstföderskor vid indexförlossningen har i högre grad ånyo fött barn, än indexkvinnor som var mångföderskor vid indexförlossningen. När samma uträkningar göres för de kvinnor som intervjuats förstärks sambandet.

Parietetens samband med konceptionen av nytt barn efter indexgraviditeten hos intervjuade indexkvinnor. Tabell 2:26.

		<u>Indexbarnet var nr</u> (intervjuade indexkvinnor):			
		<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	
Nytt barn	Ja	28	15	5	$X^2 = 10.8$
	Nej	3	5	7	2 df $p \approx 0.01$

Faktorn planerat-oplanerat indexbarn har hos intervjuade kvinnor kunnat grovt uppskattas:

Samband mellan planerat/oplanerat indexbarn och konception av nytt barn efter indexgraviditeten. Tabell 2:27.

		<u>Indexbarnet var planerat</u> (intervjuade kvinnor*):		
		<u>Ja</u>	<u>Nej</u>	
Nytt barn	Ja	35	7	$\chi^2 = 3.9$
	Nej	12	8	1 df p = 0.05

De kvinnor som i intervjun uppgivit att indexbarnet var planerat koncipierar i högre grad ett nytt barn än de som uppgivit indexbarnet som oplanerat.

I denna undersökning finns hos de intervjuade kvinnorna inget samband mellan "graden" av krislösning och huruvida ett nytt barn har fötts eller ej.

Uppskattad krislösnings samband med konception av nytt barn efter indexgraviditeten. Tabell 2:28.

		<u>Krislösning uppskattad enligt:</u>			
		Fullständ Partieell Ofullständ (Svårbedömd)			
		<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>(4)</u>
Nytt barn	Ja	19	12	14	(3) $\chi^2=2.2$
	Nej	4	2	7	(2) 2 df NS

(krislösning 4 utesluten ur statistiska beräkningen)

Krislösningen korrelerar ej heller till om barnet som fötts efter indexförlossningen hade samma kön som det döda barnet eller ej.

* 1 kvinna ej bedömbär

Kommentar

Ett vanligt råd till kvinnor som fött ett dött barn har varit, att de för att glömma händelsen bör skaffa ett nytt barn. Jag finner inget samband mellan graden av krislösning och huruvida ett nytt barn koncipierats eller ej. Jensen et al (1972), Gilson (1976) anser att födelsen av ett nytt barn skall anses vara ett kriterium på att sorgen efter det döda barnet är överstånden. Detta synes ej vara fallet. Sorgearbetets genomförande och födelsen av ett nytt barn är statistiskt orelaterade faktorer. (Se även s. 101 o följ). Uppgifter om frekvenser av nya barn efter födelsen av ett dött barn varierar. En orsak till denna variation synes vara de olika långa uppföljningstiderna. Bourne (1968) finner i 49 % nytt barn, uppföljningstid 2 år. Wolff et al (1970) finner i 62 % nya barn vid uppföljningstid 3 år. Berg et al (1978) finner 54 % graviditeter (varav en del gick till missfall) inom 15 månader efter förlusten av ett perinatalt dött barn.

Tidigare undersökningar har ej använt jämförbara kontrollgrupper. I denna undersökning finner jag att 68 % av indexkvinnorna och 54 % av kontrollkvinnorna skaffar ett nytt barn under uppföljningsperioden. På den långa uppföljningen erhålles dessa relativt höga siffror. Skillnaden mellan index och kontrollkvinnor beträffande antalet följande barn uppstår de närmaste åren efter indexförlossningen. Indexkvinnorna föder under livstiden fler barn än kontrollkvinnorna. Indexkvinnorna har färre barn i livet än kontrollkvinnorna.

D. Bortfallet från intervjuundersökningen.

På sid 29 konstaterades att det föreföll som om indexkvinnorna både hade starka skäl för att delta, och för att inte delta, i intervjuundersökningen. Skillnaden i deltagande mellan index- och kontrollkvinnor var signifikant. Indexkvinnorna kom i större utsträckning till intervjun än kontrollkvinnorna. Man kan förmoda att en del av de indexkvinnor som ej ville delta i undersökningen, undvek denna p g a att de fortfarande tyckte sig ha svårt att tala om det skedda. Några av de svar, med skriftligt motiv för att ej delta, som erhöles tydde på detta. Det är därför av intresse att utröna om det finns någon skillnad mellan de kvinnor som kom, resp de som inte kom till undersökningen.

Kontrollkvinnor, vilka fått erbjudande om att delta i intervjuundersökningen och deltagit resp inte deltagit jämfördes med hänsyn till ålder vid indexförlossningen, socialgrupp, skilsmässor, sjukskrivningsperioder efter indexförlossning, parietet före indexförlossningen, parietet efter indexförlossningen. Inga statistiska skillnader fanns mellan grupperna.

Vid jämförelse mellan indexkvinnor som deltagit i undersökningen, resp inte deltagit i undersökningen, fanns inga statistiska skillnader vad beträffar ålder vid indexförlossningen, socialgrupp, skilsmässor, sjukskrivningsperioder efter indexförlossningen, eller parietet före indexförlossningen.

Fertilitetsförhållanden efter indexförlossningen* tenderade att skilja mellan grupperna:

*Beräkningarna inkluderar de 4 kvinnor som per telefon eller via brev deltog i undersökningen. Beräkningarna exkluderar de 5 kvinnor som redovisas sid 26.

Fertiletetsförhållanden efter indexförlossningen - jämförelse intervjuade - ej intervjuade indexkvinnor. Tabell 2:29.

<u>Indexkvinnor</u>	Antal barn födda efter indexförlossningen:				<u>Korrelation</u>
	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	
Intervjuade	15	29	13	10	$\chi^2 = 7.3$
Ej intervjuade	11	6	8	1	3 df $p \approx 0.05$

Ej intervjuade kvinnor hade i större utsträckning inte fött fler barn.

Totalt antal födda barn - jämförelse mellan intervjuade - ej intervjuade indexkvinnor. Tabell 2:30.

<u>Indexkvinnor</u>	Totalt antal barn födda till "år 15" (antal kvinnor i var grupp)				<u>Korrelation</u>
	<u>1 barn</u>	<u>2 barn</u>	<u>3 barn</u>	<u>4 barn</u>	
Intervjuade	3	19	25	20	$\chi^2 = 12.1$
Ej intervjuade	8	5	8	5	3 df $p < 0.01$

Kvinnor som endast fött ett barn är överrepresenterade bland de ej intervjuade kvinnorna, jämfört med de intervjuade. Uttryckt i totalt antal levande barn fram till 1975 blir sambandet starkare.

Totalt antal levande barn - jämförelse mellan intervjuade -
ej intervjuade indexkvinnor. Tabell 2:31.

Totalantal levande barn födda till "år 15" (antal kvinnor i var grupp)					
<u>Indexkvinnor</u>	<u>0 barn</u>	<u>1 barn</u>	<u>2 barn</u>	<u>3 barn</u>	<u>Korrelation</u>
Intervjuade	3	24	21	19	$\chi^2 = 16.6$
Ej intervjuade	9	6	8	3	3 df $p < 0.001$

Det finns ett samband mellan barnlöshet och uteblivande från intervjuundersökningen. Av de 12 indexkvinnor som "år 15" fortfarande var barnlösa uteblev 9 (75%) från intervjun. Av de 81 indexkvinnor som "år 15" hade minst ett levande barn uteblev 17 (21%) från intervjun. På grund av de uteblivna barnlösa kvinnornas ringa antal omöjliggöres statistiska bedömningar av gruppen.

Gruppen barnlösa uteblivna kvinnors karakteristiska var:

<u>Ålder vid index- förlossningen:</u>	<u>0-para vid index- förlossningen</u>	<u>I-para vid index- förlossningen</u>
22 - 35 år	4	1
≥ 35 år	4	0

Barnets dödsorsak: Okänd 5; Missbildning 2;
Förlossningskomplikationer 2.

Hypotetiskt kan man antaga att kvinnor med ofullständig krislösning skulle vara överrepresenterade bland dessa, ej intervjuade barnlösa kvinnor. En jämförelse mellan de "barnlösa ej intervjuade" kvinnorna och kvinnorna med fullständig - resp ofullständig krislösning - gjordes. Inga signifikanta skillnader i sjukskrivningstid fanns, även om de "ej intervjuade barnlösa" kvinnornas fördelning i grupper med låg -

resp hög - sjukskrivningstid var något mer lik kvinnor med ofullständig krislösning än de med fullständig krislösning.

Jämförelse mellan sjukskrivningstider hos olika krislös-
ningsgrupper och ej intervjuade, barnlösa kvinnor.

Tabell 2:32.

	0-150 dagars sjukskrivning	> 150 dagars sjukskrivning
Ej intervjuade barnlösa kvinnor	62 % (5 st)	37 % (3 st)
Fullständig krislösning	90 % (18 st)	10 % (2 st)
Ofullständig "	47 % (9 st)	52 % (10 st)

Någon underbyggd slutsats om orsakerna till dessa barnlösa kvinnors uteblivande från intervjun kunde således inte göras, även om man har anledning att förmoda att några av dessa kvinnor har starka psykologiska skäl till att utebli från undersökningen, och att några av dem, om de kommit till undersökningen, skulle bedömts ha ofullständig krislösning. Av de 11 kvinnor som "aktivt" motsatte sig intervjuundersökning (se sid 28) tillhörde 4 denna grupp av barnlösa kvinnor. Det har tidigare konstaterats att det bland intervjuade kvinnor ej förelåg någon korrelation mellan graden av krislösning och anskaffande av ett nytt barn. De 4 kvinnor som var barnlösa och "aktivt" motsatte sig intervjun antogs hypotetiskt ha en ofullständig krislösning och tabell 2:28 omräknades med dessa 4 kvinnor insatta under "ofullständig krislösning" - nej (nytt barn). Utfallet visade fortfarande ingen korrelation mellan barn - "grad" av krislösning.

E. Efterundersökning av intervjuade kvinnor

På senare år har etiska spörsmål i samband med forskning på kliniska material, fått ökat intresse. När undersökningen började möttes den ibland av ifrågasättande av det etiskt försvarsbara i att låta kvinnorna tala om emotionellt svåra upplevelser när de ej själva sökt hjälp. I enlighet med psykologisk kristeori torde det snarare vara till nytta än skada för kvinnorna, att få tala om sina emotionellt påfrestande upplevelser. Då veterligen inga systematiska undersökningar, om upplevelsen av att delta i denna typ av intervjuundersökningar, gjorts synes frågan om huruvida det är traumatiskt att delta i sådana ej vara utredd, eller ens belyst.

12-18 månader efter att kvinnorna deltagit i intervjudelen av undersökningen tillsändes de ett enkelt frågeformulär (se bilaga 2) med betalt svarskuvert, där de tillfrågades om sina upplevelser av deltagandet i undersökningen. Utöver svaren i formuläret innehöll en del formulär personliga kommentarer. Dessa kommentarer indelades av mig i grupper efter arten av kommentar enligt nedan. (Svaret kunde bara tillhöra en grupp.)

- A. Positiva till intervjun och tyckte sig ha av den fått ut något värdefullt för egen del.
- B. Positiva till intervjun och/eller till intervjuaren.
- C. Neutrala: ville vara till hjälp för andra eller var nyfikna på resultatet av undersökningen.
- D. Neutrala egocentrerade kommentarer av typ: "Det är svårt att tala om sig själv", "Jag gav nog en dålig bild av det hela".
- E. Negativa till undersökningen.
- F. Negativa till vad som hänt i samband med indexförlorningen.

Resultat

58 st (92%) av indexkvinnorna svarade - 24 gjorde kommentarer. 36 st (97%) av kontrollkvinnorna svarade - 13 gjorde kommentarer. Ingen av indexkvinnorna ångrade sitt deltagande. 2 av kontrollkvinnorna svarade "ja lite" på frågan om de ångrat sitt deltagande. En kvinna från vardera gruppen sade sig inte minnas undersökningen. Orsaken till att de två kontrollkvinnorna i viss mån ångrade sitt deltagande kan jag bara spekulera om. Båda hade varit ganska öppenhjärtiga om svårigheter i sina sociala liv, båda uppgav sig huvudsakligen komma på gade önskade en gynekologisk hälsokontroll. Det är möjligt att de efteråt ångrade att de exponerat sina tidigare svårigheter när de bara önskat en rutinkontroll av hälsotillståndet.

Svaren kring upplevelsen av intervjun fördelade sig enligt tabell 2:33.

Intervjuade kvinnors upplevelse av intervjun. Tabell 2:33.

Kvinnornas upplevelse av intervjun

	Ej påfrestande	Något påfrestande	Påfrestande	Minns ej
Indexkvinnor	30	22	5	1
Kontrollkvinnor	31	3	1	1

Avsevärt fler av indexkvinnorna fann intervjun i någon grad påfrestande. När man fördelar indexkvinnornas svar mot graden av krislösning finner man:

Fördelning av upplevelse av intervjun i förhållande till "krislösningsgrad". Tabell 2:34.

<u>Krislösning</u>	<u>Ej påfrestande</u>	<u>Något påfrestande</u>	<u>Påfrestande</u>
Fullständig (1)	12	8	1
Partiell (2)	10	4	0
Ofullständig (3)	8	7	4

(Från fördelningen har uteslutits de kvinnor som ej besvarat frågan samt kvinnor med svårbedömd krislösning). Statistisk beräkning av fördelningarna beträffande ej påfrestande - påfrestande visade ingen skillnad ($X^2 = 2.9$ 2 df). För närmare analys av hur upplevelsen av intervjun och kommentarerna till denna förhåller sig se tabell 2:35.

Upplevelse av undersökningen och typ av kommentar.

Tabell 2:35.

(kontroller inom parentes)			
Kommentar av typ	Ej påfrestande	Något påfrestande	Påfrestande
A	2 (1)	1 (0)	1 (0)
B	2 (2)	0 (0)	2 (0)
C	6 (6)	5 (0)	0 (0)
D	1 (3)	2 (0)	0 (0)
E	0 (0)	0 (0)	1 (1)
F	0 (0)	1 (0)	0 (0)
Ingen kommentar	19 (19)	13 (3)	1 (0)

Kvinnor som fann intervjun påfrestande och var negativa till den:

En kontrollkvinna fann intervjun påfrestande och var negativ till intervjun. Denna kvinna var en av de två (kontrollkvinnor) som ångrade sitt deltagande.

En indexkvinna fann intervjun påfrestande och gav en negativ kommentar till den. Denna kvinna (kvinna A) talade under intervjun om att det var svårt att uppleva sorgen så intensivt igen. Hon hade en mycket tragisk berättelse, som var fylld av för henne hemska upplevelser kring indexförlossningen. Hon var positiv till undersökaren under intervjun, och tryckte flera gånger på att hon kommit, för att på något sätt få fram till sjukhuset, att så som hon hade behandlats skulle inte

någon behöva behandlas. Hon ångrade inte sitt deltagande i undersökningen, men ville inte fortsätta att bearbeta sina känslor kring det skedda. Hennes skäl att delta, var att hon hoppades få till stånd en ändring för kvinnor som kom i samma situation som hon hade gjort.

Kvinnor som fann intervjun påfrestande och var positiva till den:

Tre indexkvinnor fann intervjun påfrestande men gav trots detta positiva kommentarer till intervjun. 2 var positiva till intervjun som sådan.

En kvinna tyckte sig ha fått något för egen del. Denna kvinna (kvinna B) hade under intervjun givit uttryck för subjektivt hemska upplevelser i samband med indexförlossningen. Hon hade efter indexförlossningen reagerat med en lindrig psykos, som ej blivit föremål för någon professionell åtgärd. Hon hade under de tretton år som förflutit sedan händelsen haft ett flertal psykiska symptom och återkommande mardrömmar om händelsen. Hennes kommentar till intervjun var att hon en tid efter denna haft sömnsvärigheter, men att hon nu för första gången sedan barnets död, kunnat erkänna att det var dött och i samband härmed hade hennes psykiska symptom avtagit och sömnsvärigheterna försvunnit.

En kvinna fann intervjun något påfrestande men positiv för egen del. (Kvinna C): Kvinnan hade fött ett missbildat barn (Arnold Chiaris syndrom). Hon hade trott att hon själv orsakat missbildningarna, och hade en hel del skuld-känslor, för att hon tyckt att det var bättre att barnet dog än att det levde med grava missbildningar. Hon ställde en rad frågor under intervjun vilka sakligt besvarades. Hennes kommentar var att hon var tacksam att ha fått svar på alla de frågor som under många år plågat henne.

Kvinnor som fann intervjun ej påfrestande och var positiva till den:

Två kvinnor fann intervjun ej påfrestande och hade fått ut något positivt för egen del.

Kvinna D: Barnet hade dött i en svår sätesförlossning och kvinnan hade i efterförloppet en anamnes med ångest och sömnstörningar. Hennes kommentar var att det var "oerhört skönt att tala ut med någon utomstående".

Kvinna E, Hade förlorat barnet i samband med ablatio placenta. Hon hade aldrig riktigt förstått vad som inträffat. Hon ansågs av sin familj vara mycket stark och hade av den anledningen haft svårt att ge utlopp för sin sorg och sina funderingar. Hon hade under alla år vid tiden för barnets dödsdag haft depressioner av någon månads varaktighet. Hennes kommentar var att det var skönt att få prata ut med någon. (Jfr Pollock 1970).

De 4 kvinnor som varit positiva till intervjun och fått ut något för egen del hade samtliga av mig bedömts ha ofullständig krislösning.

Diskussion

I denna efterundersökning finnes inget stöd för åsikten att det skulle vara skadligt att tala med kvinnor om svåra eller upprivande händelser. Hela undersökningens förutsättning var att deltagandet var frivilligt. Kvinnornas spontana kommentarer vid efterundersökningen stöder kristeoretiska antaganden om att det, i vissa fall, är nyttigt att få tala om emotionella problem i samband med en traumatisk händelse. Inget stöd fanns för att man av etiska skäl skall avstå från en intervjuundersökning kring emotionellt svåra händelser. Förutsättningen är dock att man respekterar dem som avvisar ett deltagande, och att intervjuaren har erfarenhet av, och vana vid psykiatrisk intervjumetodik.

DISKUSSION OCH SAMMANFATTNING

Kontrollerade studier av långtidseffekterna av ett enhetligt och definierat psykiskt trauma har veterligen inte tidigare utförts. I detta arbete har långtidseffekterna av ett dött barns födelse på mödrarna undersökts. Kvinnor, som fött ett dött barns liv, har jämförts med en grupp jämförbara kvinnor vilka samma år fick ett levande barn.

Undersökningens syfte har varit; att belysa de faktorer som inverkar på bemästrandet av den krissituation, som födelsen av ett perinatalt dött barn innebär, samt att studera på vilket sätt händelsen påverkar de drabbade kvinnorna i förhållande till jämförbara kvinnor, som ej har denna erfarenhet. I denna del av undersökningen har, med hjälp av skattningar av olika faktorer från en intervju utförd 12-14 år efter traumat och medelst olika insamlade data av sociologisk karaktär, försök gjorts att evaluera:

1. I vilken utsträckning de patologiska sorgereaktioner, som andra undersökare funnit i anslutning till födelsen av ett perinatalt dött barn, kvarstår efter att en tidrymd av 12-14 år förflutit.
2. Vilka faktorer som underlättade respektive försvårade en fullständig krislösning.
3. Huruvida de funna effekterna på kvinnornas liv är att hänföra till krishändelsen, genom en jämförelse med en kontrollgrupp kvinnor.
4. Vilken betydelse födelsen av ett nytt barn haft för kvinnornas krislösning, och vilka faktorer som leder till att kvinnorna föder ett nytt barn eller avstår från födandet av ett nytt barn.

En efterundersökning av kvinnornas upplevelse av intervjuförfarandet utfördes, i syfte att utröna om de tyckt sig ta skada av att tala om dessa emotionellt svåra ting, så långt efter händelsen inträffat.

Retrospektiva undersökningar är behäftade med en del olägenheter. Med en retrospektiv metodik försvåras värderingen av olika faktorerers inflytande på resultatet, vidare kan en del fakta ha blivit svåråtkomliga med tiden. I denna undersökning försvårar även den retrospektiva metodiken insynen i krislösningsprocessen. När man studerar krislösningsprocessen har även en prospektiv undersökning olägenheter då alla former av ingripande i krislösningsprocessen potentiellt kan påverka denna och ändra utfallet av processen.

I denna undersökning har ett syfte varit att studera långtidseffekterna av ett specificerat trauma och för det ändamålet har den retrospektiva metodiken ansetts tillämplig. Undersökningen kan ej göra anspråk på att fullständigt verifiera de hypoteser som den arbetar med, utan dess slutsatser måste evalueras tillsammans med andra undersökningar av samma problem vilka har en annorlunda uppläggning.

I flera undersökningar kring samma problemställningar som denna, arbetar undersökarna med såväl strukturerade frågeformulär som intervjuer (t ex Singhet.al., 1981). Det framgår då ofta att en tämligen god överensstämmelse föreligger mellan de evalueringar av t ex "hälsa" som den intervjuande undersökaren gör jämfört med den skattning som göres från de, av de undersökta ifyllda frågeformulären. Vid skattningen av frågeformuläret lägges troligen av undersökaren vikt vid samma faktorer, som värderas mera intuitivt i intervjun.

I denna undersökning har inga frågeformulär använts. Mycket enkla faktorer har skattats från intervjuerna och använts som underlag för korrelationsberäkningar. Metoden har naturligt-

vis sina begränsningar, men nödvändiggjordes av att den fria intervjuformen föredrogs i denna undersökning. Samtliga bedömningar har utförts av en och samma person. Detta förfarande har den nackdelen att bedömarens egna bias är okontrollerad, däremot slipper undersökningen belastas med att det undersökande instrumentet (bedömaren) varierar från skattnings till skattnings. Säkerheten i bedömningen av krislösningen testades mot en annan oberoende bedömare, efter samma kriterier gjorda, bedömning.

Sättet att presentera denna undersökning betingas av undersökarens medvetenhet om de svårigheter som finns. Jag har genom att belysa problemen från flera synvinklar och med olika metodiker, försökt att ge en mer fullständig bild av situationen efter födelsen av ett dött barn.

En avsikt med undersökningen var, att utröna huruvida de patologiska sorgereaktioner som andra forskare funnit ett till två år efter födelsen av ett dött barn kvarstår, eller om denna speciella sorgprocess förändras av att längre tid förflyter. En tämligen allmän uppfattning i krislitteraturen synes vara att ett sorgearbete tar upp till ett år och att sorgearbetet därefter kan anses vara slutfört eller stationärt. Några egentliga studier av detta har dock ej gjorts. Med denna undersöknings definition av ofullständig krislösning finner jag att 33 % av de undersökta kvinnorna efter 12-14 år har en ofullständig krislösning. Cullberg (1966) undersökte kvinnor, vilka fått ett perinatalt dött barn, 1-2 år efter händelsen. Hans material och sätt att värdera krislösningen är grovt sett jämförbart med mitt. Cullberg fann en frekvens av 32 % kvinnor med patologiska sorgereaktioner. Det synes därför inte inträffa några avsevärda förändringar i resultatet av sorgearbetet efter hand utan det är rimligt att påstå att sorgen efter 1-2 år är kronicerad förutsatt att inte någon annan händelse aktiverar sorgearbetet.

Berg et al (1978) har studerat en grupp kvinnor, vilka i samband med förlossningen av ett dött barn fått kvalificerad krishjälp i form av noggrann information om det skedda samt möjligheter att tala om sina känslor och funderingar beträffande händelsen. De finner efter ett år att ca 10 % har ett oavslutat eller patologiskt sorgearbete. Det förefaller således möjligt att påverka krislösningen i gynnsam riktning med hjälp av riktade insatser av upplysande - psykologisk natur.

I samband med intervjuförfarandet i min undersökning tillfrågades kvinnorna om de själva hade den uppfattningen att de "kommit över" sin sorg. 32 % av kvinnorna ansåg sig inte helt ha kommit över sorgen. Det föreligger en diskrepans mellan undersökarens uppfattning om hur många som helt löst sin kris respektive kvinnornas uppfattning om detta (68 % av kvinnorna anser sig helt ha kommit över sin sorg medan undersökaren med sina kriterier för fullgod krislösning anser att 36 % av kvinnorna har en sådan). Denna diskrepans är förklarlig då en del av kriterierna på ofullständig krislösning rör samband, som är omedvetna för kvinnorna. De har omvandlat en del av känslorna i sorgen till symptom eller illabefinnande, vars ursprung är omedvetet för dem själva.

Före indexförlossningen finns ingen skillnad mellan indexkvinnorna och deras för ålder, parietet, civilstånd och socialgrupp matchade kontrollkvinnor, vad beträffar deras bedömning av sina uppväxtmiljöer, förekomst av störningar i barndomen, eller objektförlust i barndomen. Förhållandet till fadern skiljer sig ej mellan index- och kontrollkvinnor, en tendens till skillnad i förhållandet till modern föreligger, på så sätt att indexkvinnorna i större utsträckning har ansett sig ha ett stort förhållande till modern. Fyndet är svårvärderat då både värderingen av modern och upplevelsen av att föda ett dött barn torde ha betydelse för den kvinnliga identiteten. Huruvida fyndet är betingat av en besvikelse på den

egna kvinnliga identiteten och dess förebild, som uppstått efter födelsen av det döda barnet, eller föregår den traumatiska upplevelsen, låter sig ej värderas i denna typ av retrospektiv och ur psykologisk synpunkt, ytliga bedömning av kvinnan.

Före indexförlossningen skiljer sig inte indexkvinnorna från kontrollkvinnorna beträffande psykiska symptom, eller beträffande om indexbarnet var planerat - oplanerat.

Skillnader mellan de båda grupperna uppstår dock vid och efter indexförlossningen.

A. Förlossningen ihågkommes av indexkvinnorna tydligare än av kontrollkvinnorna. Indexkvinnorna hade naturligtvis signifikant fler komplicerade förlossningar än kontrollkvinnorna och indexkvinnorna har också i signifikant högre grad ett minne av att de upplevde fara för sig själva under förlossningen. Lagercrantz (1979) undersökte, efter förlossningen, kvinnor som fött friska barn och fann hos dem en hel del starka och emotionellt svåra minnen av förlossningen. Dessa minnen synes försvagas med tiden medan kvinnor som fått döda barn ej på samma sätt kan "glömma" sin förlossning.

B. Flera författare (Bourne 1968, Bruce 1962, Lewis 1978) har uppmärksammat att sjukhuspersonal har tendens att undvika kontakt med kvinnor som fött döda barn. I denna undersökning finns en skillnad i vårdtiden puerperalt för indexkvinnorna jämfört med kontrollkvinnorna. Indexkvinnorna har i högre grad än kontrollkvinnorna blivit utskrivna från sjukhuset mycket fort d v s efter 2-3 dagar. Detta tidiga utskrivande korrelerar dock ej med krislösningsens fullständighet.

C. Det föreligger skillnader mellan grupperna i värderingen av äktenskapet. Indexkvinnorna värderar sina äktenskap som "dåliga" respektive "mycket bra" oftare än kontrollkvinnorna som i övervägande antal anser sig ha ett "ordinärt" äktenskap. Detta fynd tolkas som att indexkvinnorna har en mer nyanserad syn på, och mer medvetenhet om, sina emotionella reaktioner och relationer än kontrollkvinnorna. Caplan (1967) och andra anser att emotionella kriser är tillstånd av emotionell instabilitet, vilka bland annat kan leda till en ökad mognad hos den drabbade individen. Om man med mognad menar förmåga till mer nyanserade bedömningar och större benägenhet att uppfatta nyanser i verkligheten, så stöds den uppfattningen av mina resultat.

Det har även hävdats av t ex Berg et al (1978) att födel- sen av ett dött barn i stor utsträckning skulle leda till skilsmässor. I denna undersökning skiljer inte skilsmäso- frekvensen under uppföljningsperioden mellan index- och kontrollgruppen. Detta hindrar inte att flera av de kvin- nor, som skilt sig i indexgruppen, utpekar födel- sen av det döda barnet, som den händelse som ledde till skilsmässan.

D. I sin uppfattning om förhållandet till de levande barnen skiljer indexkvinnor och kontrollkvinnorna sig åt. Index- kvinnorna uppfattar i högre grad sig själva som överbe- skyddande. Det hade varit önskvärt att studera vilken spe- cifik betydelse födel- sen av det döda barnet hade för det efterföljande barnet i fråga om kvinnans förhållningssätt till detta. Det visade sig emellertid svårt att få någon uppfattning om vilka fantasier kvinnan haft om det döda barnet under graviditeten och i vad mån hon överfört dessa fantasier till ett efterföljande barn. Pollock (1970) och Cain (1964) anser att ett dött barns identitet ibland över- förs till nästa barn, men inom ramarna för denna undersök- ning har detta ej kunnat bekräftas (jämför även sid. 101).

E. Hypotesen att sorgereaktioner kan omvandlas i psykiska eller somatiska symptom har framförts av flera forskare (Pollock, 1961; Caplan, 1964; Parkes, 1971). Om så är fallet torde en del av indexkvinnorna i denna undersökning uppvisa somatiska eller psykiska symptom som ej kvinnorna i kontrollgruppen uppvisar.

Före indexförlossningen fanns ingen skillnad mellan index- och kontrollkvinnor beträffande frekvensen av psykiska symptom. Efter indexförlossningen ökar frekvensen psykiska symptom i båda grupperna. Denna ökning är betydligt större hos indexkvinnorna. Depressiva symptom och ångest är de psykiska symptom som betingar skillnaden mellan grupperna. Vid uppföljningen av sjukskrivningstiderna för de båda grupperna finner jag en högre frekvens av sjukskrivning hos indexkvinnorna. Denna högre frekvens av sjukskrivning korrelerar även med bedömningen av krislösningsgraden, på så sätt att kvinnor med ofullständig krislösning är mer sjukskrivna än kvinnor med fullständig krislösning. Kvinnor som bedömts ha fullständig krislösning har samma sjukskrivningstider som kvinnorna i kontrollgruppen.

När undersökningen startade antogs att om man fann att kvinnorna med ofullständig krislösning hade större verifierbar sjuklighet än kontrollkvinnorna så vore det rimligt att antaga att denna ökade sjuklighet skulle härstamma i huvudsak från psykiska och gynekologiska sjukdomstillfällen. Denna hypotes kunde dock inte verifieras med den metodik som stod till buds i undersökningen. En uppskattning av utsagorna i intervjuerna antyder att det är en generell ökning av diffusa symptom som ger upphov till de högre sjukskrivningstiderna och inte symptom från de reproduktiva organen. Detta hindrar inte att det i några enskilda fall framkom sjukhistorier som harmonierade med hypotesen, att kriser, som orsakats av händelser, som innebär hot mot den kvinnliga självbilden, kan ta sig

uttryck i hypokondrier beträffande de specifikt kvinnliga organen.

Krislösning är ett dynamiskt förlopp och resultatet av en krislösning är produkten av en rad olika faktorer som inbördes påverkar varandra. Det fördelaktigaste sättet att bedöma vilka faktorer som påverkar en krislösning torde vara att följa förloppet med ganska djupgående intervjuer (jfr Janis, 1958). I en retrospektiv undersökning är detta inte möjligt. Trots detta har ett försök gjorts att värdera på vilket sätt olika faktorer, som enligt kristeori skulle påverka krislösningen, korrelerar till denna (se även följande kapitel för belysning). Materialets ringa numerär gör att de statistiska beräkningarna måste bedömas med försiktighet.

Då krislösning inte är en enkel stimulus-respons-reaktion innebär metodiken med skattning av variabler och deras korrelation till krislösning att man endast bedömer en begränsad del av processen. Å andra sidan kan de samband som återfinns anses ha en viss betydelse för förloppet. De variabler som bedömts rör huvudsakligen skattningar av 1) kvinnans person, 2) kvinnans relationer till sin ordinarie miljö, 3) kvinnans relationer till sjukhusmiljön, 4) kvinnans relationer till barnet och faktorer rörande barnet. Kvinnans ålder eller socialgrupp synes inte ha någon inverkan på hennes krislösning. Tidig objektförlust har ofta ansetts ge upphov till såväl svårigheter, som ökad tendens till psykisk morbiditet, senare i livet. I denna undersökning är antalet kvinnor med tidig objektförlust av mor eller far för litet att tillåta någon statistisk bedömning av en sådans betydelse för förmågan att hantera en ny objektförlust.

Som väntat korrelerar tidigare psykiska symptom hos kvinnan till graden av krislösning: tidigare förekomst av psykiska symptom var vanligare hos kvinnor med ofullständig krislösning än hos dem med fullständig krislösning. Liknande resultat har Cullberg (1966) och Maddison (1968) erhållit.

Maddison tror, att detta till en del beror på att kvinnor med tidigare psykiska symptom behöver mer stöd än de som ej tidigare haft psykiska symptom. Man kan också tolka skillnaderna som uttryck för att kvinnor, utan tidigare psykiska symptom, har funnit effektiva förhållningssätt för anpassning till emotionella svårigheter, medan de, med tidigare psykiska symptom, i sina symptom har uttryckt sin oförmåga att komma till en, för dem tillfredsställande, lösning av emotionella svårigheter. Dock förekommer alla kombinationer mellan grad av krislösning och tidigare närvaro respektive frånvaro av psykiska symptom.

Att relationerna till omvärlden är av betydelse för krislösningsskeenden har tidigare visats. Singh et.al. (1981) visar att personer utan "socialt nätverk" har svårare att lösa en krissituation än personer med "socialt nätverk". Singh et al visar att personer som upplevt omgivningen som "helpful" har lättare att åstadkomma en tillfredsställande krislösning, även om man skulle skatta dem som "högrisk"personer för ofullständig krislösning. Det blir vid denna typ av bedömningar svårt att särskilja vad som är orsak och verkan. Har personer med tendens att uppleva omvärlden som förstående och hjälpsam egenskaper, som gör att det är lättare för dem att lösa krisen, eller är det den hjälpsamma omvärlden som underlättar deras krislösning?

I denna undersökning synes samband finnas mellan god krislösning och uttalande från kvinnorna som tyder på gott förhållande till föräldrarna. Samma typ av samband mellan kvinnans upplevelse av "stöd från maken" under tiden efter indexförlösningen och fullständig krislösning föreligger också. Kvinnor som värderat äktenskapet vid tiden för indexförlösningen som "dåligt" återfinnes huvudsakligen i gruppen med ofullständig krislösning. Det är uppenbart att dessa skattade variabler inte är helt fristående från varandra, då exempelvis en upplevelse av otillräckligt stöd från maken torde på-

verka kvinnans bedömning av äktenskapet som otillfredsställande och omvänt. Singh et.al. (1981) finner att det som upplevs som en "hjälpande relation" för krisdrabbade är en relation där det finnes förståelse för den krisdrabbades känslor och där känslornas yttringar inte förhindras (jfr även sid 123 o följ).

Indexkvinnornas inställning till det döda barnet under indexgraviditeten är av naturliga skäl svårvärderat efter att så lång tid förflutit. Indexkvinnorna skiljer sig ej från kontrollkvinnorna beträffande uppgifter om huruvida barnet var planerat/oplanerat eller önskat/oönskat. Dessa uppgivna omständigheter kring barnets konception synes ej ha påverkat graden av krislösning. Det är rimligt att antaga, att ett önskat barns död skulle ge upphov till mer skuld-känslor hos kvinnan. Cullberg (1966) finner svåra sorgearbeten efter förlusten av ett önskat barn, Engel (1964) postulerar svårare sorg om hög grad av ambivalens mot objektet föreligger. I denna undersökning har ej sorgearbetets svårighetsgrad utan dess resultat mätts och detta kan betinga en del av skillnaderna i resultat. Vidare är det ett litet antal kvinnor som medgett att det döda barnet var önskat och detta ger svårigheter vid den statistiska bedömningen. Man kan inte i en retrospektiv undersökning vara säker på att det uppgivna antalet önskade barn är det verkliga antalet önskade barn. Det krävs troligen en stor psykisk styrka för att efteråt erkänna att man inte önskade ett barn som dog. Denna emotionella styrka skulle då leda till en överrepresentation av kvinnor, med resurser till fullständig krislösning, i denna grupp. I motsats till i Cullbergs undersökning finns i denna undersökning ej anmärkningsvärt många kvinnor som fött missbildade barn i gruppen med ofullständig krislösning, vilket igen kan betingas av att resultatet av sorgearbete mätts, inte dess svårighetsgrad.

Ingen av de mätta faktorerna kring förlossningen såsom, när i förhållande till förlossningen barnet dog, förlossningsdiagnosen, upplevelsen hos kvinnan av förlossningen som farlig eller olidlig för henne, varierar med graden av krislösning. Således synes ej de faktiska omständigheterna kring förlossningen ha en predicerande betydelse för utgången av krislösningen.

I denna undersökning återfinnes ej något påvisbart samband mellan faktorer beträffande kvinnans bemötande på sjukhuset och krislösningen. Flera andra undersökare (t ex Raphael, 1975; Berg, 1978) menar att sjukvårdspersonalens förhållningssätt har stor betydelse för utgången av krislösningen. De i denna undersökning ingående kvinnorna tycker sig ej ha fått någon avgörande hjälp från sjukhuset. 27/63 anser att andra i samma situation i första hand borde få "snällt bemötande på sjukhuset". Detta resultat tolkas som att kvinnorna i så ringa utsträckning känt kontakt med sjukhuspersonalen, att dennas uppträdande ej kunnat påverka deras krislösningsprocess.

En utbredd uppfattning inom sjukvården synes ha varit att, det bästa en kvinna som förlorat sitt barn vid förlossningen kan göra är att skaffa ett nytt - hon skulle då glömma den tragiska händelsen. Gilson (1976) anser att födelsen av ett nytt barn, efter förlust av ett tidigare, är ett kriterium på att krisen är löst. I denna undersökning är krislösningens resultat och födelsen av ett nytt barn helt orelaterade faktorer. Trots detta upplever 12 kvinnor att det nya barnet har hjälpt dem att komma över sorgen.

Kvinnans parietet synes vara en viktig faktor för hennes önskan om, eller avstående från, ett nytt barn. Ju lägre parietet kvinnan tidigare har desto större sannolikhet för att hon skaffar ett nytt barn. Indexkvinnorna skaffar barn inom kortare tid efter indexförlossningen än kontrollkvinnorna,

d v s tidpunkten för nästa graviditet påverkas av indexhändelsen. Indexkvinnorna föder också under sitt fertila liv fler barn än kontrollkvinnorna, men de får inte större familjer än kontrollkvinnorna, snarare mindre.

Vid denna typ av undersökningar är den grupp, som ej kommer till undersökningen, en särskilt intressant grupp, då en självselektion kan tänkas ske på grunder som ingår bland de faktorer som är av störst intresse att studera. På sidan 29 antages att indexkvinnorna har starka skäl både för att komma och för att inte komma till undersökningen. Det finnes i kontrollgruppen inte några mätbara skillnader mellan de kvinnor som kom och de som inte kom till intervjun, beträffande undersökta variabler. I indexgruppen finner man inga skillnader mellan intervjuade och icke intervjuade kvinnor utom vad beträffar antalet barn födda efter indexförlossningen (och därmed antalet barn totalt sett). Barnlösa kvinnor är starkt överrepresenterade bland dem som ej kom till intervjuundersökningen. 4 av dessa 9 barnlösa, ej intervjuade, kvinnor var vid indexförlossningen "äldre" förstföderskor (mer än 35 år), vilket är en större andel än i det övriga materialet. Någon säker förklaring till fyndet kunde ej iakttagas, med hjälp av den sparsamma information om dessa kvinnor som stod till buds.

Efterundersökningar av deltagandet i forskningsprojekt av denna typ har ej tidigare utförts. I den företagna uppföljningen kan man ej finna att några effekter av skadlig natur orsakats av intervjuundersökningen. Däremot synes några kvinnor psykiskt ha profiterat av undersökningen.

IV. Upplevelser kring fördelsen av ett dött barn.

En av avsikterna med denna undersökning var att ge en förståelsemässig-deskriptiv redovisning av kvinnornas upplevelser av att föda ett dött barn. Undersökningen är utförd inom en psykodynamisk referensram, vilken påverkar selektionen av de aspekter som belyses. Inledningsvis redovisas den syn på sorg och sorgearbete som utgör bakgrund till de belysta aspekterna.

Sorg är de känslor som uppstår när en individ förlorat ett emotionellt betydelsefullt objekt. En förutsättning för att sorg skall uppstå är att förlusten psykologiskt uppfattas. Objektförlusten medför att individen rubbas ur sitt emotionella jämviktsläge.

Sorgearbetet är den process som syftar till återupprättandet av emotionell balans efter objektförlusten. För att uppnå emotionell balans måste individens ego:

1. uppfatta objektförlusten
2. värdera objektförlustens betydelse
3. erkänna objektförlustens betydelse
4. bemästra de känslor som objektförlusten gett upphov till
5. söka andra (nya) tillfredsställande relationer (Pollock 1977)

Enligt psykodynamiskt synsätt sker sorgearbetet i egot. Sorgearbetets resultat blir därför beroende av egenskaper hos egot såsom: egots mognadsgrad, egots förmåga att organisera och adaptera. Denna förmåga hos egot utvecklas bl a ur tidigare erfarenheter av liknande natur och minnet av deras hanterande. Förmågan är beroende av vilka försvarsmekanismer egot huvudsakligast använder, vilket i sin tur bland annat är relaterat till egots mognadsgrad. (Freud A. 1936). Sorgearbetet sker i individens ego. Individen lever dock inte i ett vacuum utan i en miljö med andra objekt. Dessa objekts förhållningssätt är av betydelse. Dessa objekt kan understödja, försvåra eller förhindra sorgearbetet (jfr Caplan, 1964).

Objektförlusten som studerats i detta arbete har en del särdrag.

1. Kvinnan är vid objektförlusten i slutet av graviditeten. Det är från flera håll visat att kvinnans psykologiska situation under graviditeten innebär en temporär uppluckring av tidigare etablerade försvar. Kvinnan är psykiskt i ett mindre stabilt läge. Hon har något friare tillgång än normalt till sina undanträngda impulser och känslor (Bibring, 1961, Ballou, 1978, Lagercrantz, 1979).
2. Det förlorade barnet har som objekt betraktat en del särdrag. (Jfr s 13). Barnet ingår i kvinnans föreställningar om sig själv som reproduktivt kompetent kvinna, det är en del av kvinnans självbild.
3. Objektförlusten sker oväntat. En oväntad objektförlust anses ibland försvåra sorgearbetet. Ett ego som är oförberett på en förlust ställs inför en svårare uppgift än ett som är förberett (Raphael 1978, Lehrmann 1956).

Utgången av kvinnans sorgearbete blir beroende av hennes personlighetsstruktur, hennes förhållande till barnet, och hennes miljöns förmåga att stödja henne i sorgearbetet.

Den speciella naturen av förhållandet mellan kvinnan och hennes barn antogs försvåra bearbetningen av de skuldkänslor som är en följd av objektförlusten. Sorgearbetet efter ett barn antogs vara förenat med synnerliga svårigheter då förlusten av barnet inte bara innebär förlusten av ett objekt utan också förlust av en betydelsefull del av självbilden. För att fullständigt belysa sorgeprocesserna hos de enskilda kvinnorna, och den inbördes betydelsen av olika faktorer i sorgearbetet, krävs en långvarig och djup psykologisk kännedom om varje kvinna. Med den använda metodiken kan en sådan djup kännedom om de undersökta kvinnorna ej uppnås. Detta till trots torde någon kunskap om den psykologiska innebörden av att förlora ett barn, perinatalt, kunna fås av studiet av kvinnornas berättelser. Undersökningen utfördes lång tid

efter att kvinnorna förlorat sitt barn. Kvinnornas minne av händelsen är tydligt och lätt att framkalla. Det är en händelse som haft djup emotionell betydelse för dem.

I det följande skall olika aspekter av kvinnornas upplevelser kring förlusten av barnet beskrivas och illustreras.

1. Upplevelsen att få ett dött barn. Behandling av skuld-
känslor.

En graviditet ger hos en kvinna upphov till en rad känslor vilka inbördes kan vara motstridiga (Bibring 1961, Nilsson 1970, Uddenberg 1974, Ballou 1978, Lagercrantz 1979). En kvinna som formellt har accepterat sin graviditet kan ha, mer eller mindre medvetna, ambivalenta önskningar kring dess fullföljande. Det förefaller dock troligt att om en kvinna i vårt land har bestämt sig för att fullfölja sin graviditet, så har hon också på ett medvetet plan i de allra flesta fall en dominerande förväntan om, att graviditeten skall leda till födelsen av ett fullgånget barn. Denna förväntan innehåller för kvinnans del, mer eller mindre medvetna, åtaganden om att "sköta" graviditeten på ett sådant sätt att den kan fullföljas.

I det föregående har flera gånger påpekats att barnet har en särställning som emotionellt objekt för kvinnan. Alla emotionellt laddade objekt har representationer i självbilden men barnet som objekt för kvinnan har dessutom betydelse som del i hennes identitet som kvinna. Barnet har en rent faktisk men även psykologisk särställning i förhållande till kvinnans kropp, det är en del av henne och det är samtidigt särskilt ifrån henne.

Kvinnorna ger i intervjuerna uttryck för att de upplever att de skadats av förlusten av barnet.

Några uttrycker detta i kroppsliga termer.

2:12 "... man har haft dom inom sej så länge så man tycker dom hör till en, det gör man faktiskt, det kändes precis som en bit av hjärtat dog när han - när han inte fick leva".

3:14 "Det var väldigt svårt det där att komma hem utan barnet - jag vet inte - jag tror inte man kan om man inte upplevt det - så kan man inte sätta sej in i det där för det är inte - det är inte sorgen och det bara utan det är precis som om kroppen ställts in på att man skall ha ett barn på nåt sätt så man var en halv människa... det var precis som en del av kroppen saknades på något sätt så kände jag det, jag tycker det är viktigt att liksom det var väldigt tomt och underligt... det var nånting som kroppen hade ställts om för och sen fick man då ställa den tillbaka igen..."

Denna känsla av kroppslig skada kan ibland stegras till dödsångest. Kvinnorna känner sig så nära förknippade med barnet att deras eget liv är hotat av barnets död (citatet från en kvinna med intrauterint dött barn).

4:1 "... man konstaterade med detsamma att det var inget liv i det, jag fick stanna kvar över natten, man beslöt sej att sätta igång förlossningen på konstgjord väg, och det höll dom på med en dag och på kvällen kom dr X och knep mej i tårna och sa att det här blir ingenting av nu får vi sticka hål. Och då sa jag vänta nu lite, jag är väldigt trött efter den här dagen, är det inte - finns - tala nu om för mej vad som är bäst för mej, för min hälsa, minst farligt. Ja, sa han, det är att gå hem och vänta på en spontan förlossning. Tack så mycket, sa jag, då skall jag göra det, för då hade jag redan klart för mej att det var väldigt tråkigt att jag hade mist barnet, men det som återstod det var alltså att försöka rädda den egna livhanken, och då sa kompisarna som är gynekologer här att det är inte farligare att föda ett dött barn än att föda ett levande barn, det trodde jag ju inte på det är klart, utan jag fick gå hem näs-

ta dag ... det var liksom att få en - en tidsfrist, att man hade en frist att leva på något sätt, att det här kan gå galet och här har jag nu alltså en frist, det är bäst att försöka sköta sej så rätt som möjligt för att ha så mycket krafter som möjligt, man anade ju längst bak i bakhuvudet att det är farligt fast dom inte säger det".

Andra kvinnor har ej upplevt sig skadade kroppsligt, utan upplevelsen har mera karaktär av tomhet och misslyckande. De har känt sig skakade i sin självkänsla.

2:2 "man känner sej så kolossalt fattig på något vis, tomhant. Ja, ett misslyckande det måste jag nog säga, jag kände mej i alla fall kolossalt fattig, jag kan liksom inte förklara det med något annat ord".

2:4 "så fick jag då åka hem tomhant, och det är så att - alltså man känner liksom att man har inget - inget värde, trots att jag hade tre friska barn så..."

Några kvinnor har ett starkt symbiotiskt upplevande av barnet. De upplever att det inte endast var fel på barnet och graviditeten utan också på dem själva.

3:17 "Jag liksom trodde att det var fel på mej, några andra dolda fel, det kunde inte bara vara detta med Rh-negativ utan det fanns också flera bitar... att överallt så gick jag och försökte känna, det måste vara fel någonstans...."

(Denna kvinna utvecklade efter förlossningen hypokondrier som fortfarande kvarstår). En kvinna ger en nyanserad beskrivning av känslorna efter att barnet dött och hon anser att det är en speciell slags sorg som är skild från andra och som griper djupt in i självkänslan.

3:14 "Men jag tror inte att man kommer över det alls - någonsin, därför att det på något underligt sätt sätter så djupa spår. Min mamma dog härom året och henne var jag väldigt fäst vid, då sörjde jag

henne, men det är inte på det sättet".

VARI TYCKER DU SKILLNADEN BESTÅR?

"Ja man upplever det djupare på något sätt, det är liksom ett ärr, man upplever det på ett annorlunda sätt, det är kanske det att det är ens barn".

I intervjuerna kommer kvinnorna oftast in på skuldfrågan när de redogör för hur de upplevt att förlora sitt barn. Majoriteten kvinnor talar om att de har, eller har haft, känslor av att ha någon skuld i barnets död.

En del kvinnor har ej orkat ta ställning till skuldfrågan, de har försökt tränga undan den.

3:20 "... vad som egentligen har skett har jag aldrig fått reda på".

DU HAR INTE FRÅGAT HELLER?

"Jag har inte vågat ... jag har inte tänkt något speciellt, men jag har liksom inte vågat för jag tycker det är upprivande".

3:3 "... man har velat skjuta ifrån sej, hela tiden velat komma ifrån, bara för att gå vidare ...".

Någon kvinna försöker vara rationell och inse realiteten utan att ta ställning till skulden.

3:8 "Ja, jag är nog ganska hård egentligen tyvärr, utåt sett, jag försöker inse att så är det, där är ingenting att göra åt det".

Många kvinnor upplever spontant att det skedda var deras fel att de på något sätt misskött sig.

3:16 "... och sedan har jag haft detta jämt, att jag tog inte detta barn då, jag tog inte hand om det ...".

1:15 "... Ja att jag hade gjort - ja helt enkelt att jag hade gjort fel, att jag - det var mitt fel mycket också".

Dessa föreställningar är i de flesta fall inte realistiska utan innehåller magiska föreställningar om orsakssammanhang. Det är inte ovanligt att kvinnorna föreställer sig att de har ätit något eller haft njutningar, som har skadat barnet. Att barnet dog kan också kännas som straff för okända synder.

3:4 "Ja, jag bara tänkte vad har jag gjort för ont, man skulle genomgå det, den tanken hade man ju". Barnets död kan också upplevas som straff för alltför mycket lycka.

3:9 "... sen var det väl, jag vet inte hur, men det var precis som jag var beredd på det här långt innan, därför att vi gifte oss, och hade fått en alldeles ny lägenhet, vi hade köpt möbler och alltihop och väntade barn med detsamma efteråt, jag hade liksom den tanken hela tiden att så här bra får man inte ha det, så att jag tyckte liksom att det var någonting som inte skulle fungera.... för jag ville liksom väldigt gärna ha barn, och det är kanske det som spelar in att vill man så intensivt alltså så fungerar inte allting.....".

Det är troligt att några av de döda barnen ej var odelat önskade. Det är svårt att erkänna att man ej har önskat ett barn som dör. Hos en del av de kvinnor, som ej förmått att reda ut problemen med sina skuldkänslor, kan ambivalenta känslor haft betydelse. En kvinna förmådde erkänna att hon ej önskat barnet. Hon upplever dess död som straffet för denna önskan.

1:9 "så särskilt glad var jag aldrig när jag blev med barn då, men sen fick man - man vänjer sig ju vid tanken så sen var det bara, sen när det hände så kände jag väl det som ett straff, att jag, att det var ovälkommet eller vad jag skall säga, om jag skall vara fullt uppriktigt så kändes det väl så, men dom påstår ju att det var navelsträngen....".

Känslan av att ha gjort sitt barn illa är svår att bära och kvinnorna kämpar för att bli av med den känslan. Ibland får de hjälp att flytta skulden utanför sig själva och känner det som en lättnad.

2:9 "Jag skyllde väldigt mycket på att jag hade suttit den där natten då jag hade värkarna, då jag satt med korslagda ben i en fåtölj och så rökte jag, och så fick jag för mej att det var kanske jag som skulle ha rört på mej och gått, men jag satt och knep och jag satt hela tiden och då jag efteråt funderade på om det kunde vara det, då skyllde jag ju på mej själv, men sen i och med att jag fick mod till mej och ringa upp doktor X och prata med honom och han då förklara vad som hänt då var det precis som en lättnad, Aha, det var inte mitt fel, det var deras fel, sen har jag väl övertalat mej själv hela tiden att det var deras fel - så jag fick inga skuldkänslor för det då, men jag hade väl i början funderat på allt möjligt om man hade gjort nåt fel, om man skulle varit mer rädd om sej, men dom lättade betydligt sen och sen har jag väl satt upp en mur liksom att det är läkarnas fel och det är nånting man skyddar sej själv med".

Alla kvinnor lyckas inte skjuta ifrån sig skulden utan är mer tvivlande i skuldfrågan trots att de på ett sätt vet att det skedda inte är deras fel.

1:7 "... jag ville ha mer förklaring, jag kunde inte få nog med förklaringar.. (kvinnan talar länge om hur hon försökt förstå hur det hände men inte lyckats)...

HAR NI LYCKATS BEMÄSTRA DE TANKARNA NU DÅ?

"Ja, det gör jag ju inte dagligen, men ganska ofta om jag inte tänker på det för jag har fått två friska barn och är helt nöjd precis som jag velat ha det, man tycker att där att det är ingen att klaga på, det är ingenting, men jag har liksom blivit störd i min tanke och min självkänsla det

har jag....".

En grupp kvinnor som lyckats förlägga skulden utanför sig själva anser att det skedda är sjukhusets fel (detta är någon gång realistiskt). Någon gång får maken bära skulden. De uttrycker ofta samtidigt aggressivitet kring det skedda. I detta sammanhang kan ibland denna aggressivitet snarare vara ett uttryck för en externalisering av den egna upplevda skulden. Horowitz et al (1980) fastslår att varje angrepp på självbilden väcker fientlighet. De menar att en förlust av ett objekt upplevs som ett angrepp på självbilden och att detta uppväcker vrede. Angriparen kan upplevas vara man själv, den döde, eller andra som varit inblandade i dödsfallet.

Om man värjer sig mot att själv ha orsakat objektförlusten och ej lyckas bearbeta vreden, som uppstår ur hotet mot självbilden ligger det nära till hands att förlägga skulden till sjukvården som inte skött sig.

1:16 "- ja, man behöver kanske information alltså..."
VAD TRODDE DU OM ORSAKERNA TILL ATT DET GICK SÅ
HÄR DÅLIGT?

"Ja, jag vet inte men jag hade ovanligt mycket - vi säger mycket sådana här antikroppar i blodet, dom frågade ju om jag hade fått blodöverföring tidigare och sånt, där var mycket antikroppar i blodet sa dom till mej... innan jag åkte hem var jag på blodgivarcentralen och talade med en läkare där och han talade om dessa antikroppar... (när vi lite längre fram talar om orsaken till att barnet dog säger patienten)... de är ju klart felet låg - jag har väl fått för mej att han kanske inte blev ordentligt passad i den där kuvösen".

Andra kvinnor är mindre aggressiva i hur de förlägger skulden och har lyckats "frikänna" sig själva. De skyller på en olycka eller ödet. De har oftast i början övervägt vilken del de har i skulden till det skedda men löst upp sina skuldkänslor.

1:1 "... någon har sagt att det var det här med navelsträngen, kunde vara just att jag hade haft ämnesomsättningsrubbning, och likadant att jag fick gå så lång tid över, och när barnet var fött så sa min mor så här - du kan tro att jag varit orolig för jag har hört att dom som har ämnesomsättningsfel dom har fått dödfödda barn - men om det har något samband det vet inte jag, det är också någonting som bara hon har sagt, men att det är klart att sen - sen tänkte man ju på det. Jag tänkte att det kan ligga någonting i det i alla fall, men tänkte jag, ja men det här med navelsträngen kan ju inte ha med det att göra tycker jag, utan det är ju en ren olyckshändelse, så därför hämta jag mej ju rätt så snabbt därför att det var ingenting som".

Genom studiet av kvinnornas berättelser finner jag stöd för antagandet att barnet är ett objekt som på mer än ett sätt ingår i kvinnans bild av sig själv och att denna närhet till barnet ger upphov till skada på självbilden och därmed sammanhängande aggressivitet och skuldkänslor av ett svårbemästrat slag. En del av kvinnorna har ännu vid tidpunkten för undersökningen ej kommit till någon stabil emotionell jämvikt kring skuldfrågorna.

2. Upplevelsen av att få ett nytt barn.

I det tidigare avsnittet har visats att graden av krislösning ej har någon korrelation till huruvida kvinnorna senare fått ett nytt barn eller ej (sid 67). Det framgår också av det föregående att 12/63 kvinnor upplevt att det var en stor hjälp att få ett nytt barn. (sid 50). Statistiskt sett är det barnets ordningsnummer som bestämmer huruvida ett nytt barn blir till eller ej. Beslutet om nästa graviditet synes bero av den inbördes balansen mellan flera olika faktorer.

A. Sättet att hantera skadan i självkänslan.

- 1) Skadan i självkänslan kan först repareras, sedan skaffar man ett nytt barn.
- 2) Man försöker reparera skadan i självkänslan genom att skaffa ett nytt barn, att få ett nytt barn blir en prestigesak.
- 3) Skadan i självkänslan upplevs så svår att man ej vågar riskera en upprepning.

B. Om barnet var önskat eller ej.

C. Sättet att hantera sorgen.

- 1) Man kan sörja färdigt och därefter fatta beslut om att skaffa nytt barn eller ej.
- 2) Man kan försöka undvika att sörja genom att göra händelsen ogjord - man skaffar nytt barn för att "utplåna" sorgen ("undoing").
- 3) Man kan undvika att sörja genom att ej erkänna barnets död och bli indifferent till en ny konception.

D. Upplevelsen av hot mot det egna livet i samband med den misslyckade förlossningen.

- 1) Hotet mot livet kan ha upplevts så starkt att inget nytt barn koncipieras.
- 2) Man har upplevt hot mot livet men vågar trots detta sig på en ny graviditet, som upplevs med stark ångest.
- 3) Man har ej upplevt hot mot livet och faktorn har ej betydelse för beslutet om nytt barn eller ej.

Bland dem som ej skaffat nya barn uppger åtta kvinnor sig ha varit rädda för att de eller barnet skulle dö. Fyra kvinnor har av medicinska skäl ej skaffat nytt barn - har inte kunnat skaffa ett nytt barn. Sju kvinnor synes ha undvikit att skaffa barn på grund av att barnet som dog inte varit så starkt önskat.

Födelsen av det döda barnet innebär ett angrepp mot självkänslan hos den drabbade kvinnan och man kan då också föreställa sig att ett nytt barn skulle kunna hjälpa kvinnan att reparera sin skadade självkänsla. Detta synes ibland upplevas så av kvinnan.

1:6 "... det var ju gräsligt de första månaderna efteråt. Man ville inte gå och handla bara. För alla frågade hur det hade gått och så. Men sedan kom jag över det.

VAD VAR DET SOM HJÄLPTE ER ATT KOMMA ÖVER DET?

"Ja, man fick gå till läkaren efteråt ju, och då sade han att jag hade lika stor chans som andra att få friska barn så det behövde inte hända igen, jag kunde få fler barn ju. Och då tänkte man på det, och vi har en stor flicka, som för allt i världen ville ha syskon ju. Och så blev det att man tänkt att vi får försöka en gång till. Och det gick ju bra. Hade man inte fått det barnet så hade det kanske varit annorlunda. Man kanske hade tänkt mer på det".

I vissa fall har skadan i självkänslan blivit så stor att det blir en prestigesak att skaffa ett nytt barn.

3:7 UPPLEVDE DU ATT DET VAR NÅGON HJÄLP ATT FÅ ETT BARN SEDAN DÅ?

"Tja, det var väl nästan en prestigesak, därför att alla pikade en och så... ja, det blev väl det att man var oförmögen (att skaffa barn)... men sen var det att det sas - "det har väl aldrig hänt i vård släkt att det har gått så illa och dåligt,

att du inte kunde sköta dig".....

Man kan också uppleva att självkänslan stärks av ett nytt barn, men att man sedan därefter ej mer vågar utsätta sig för risken att ånyo skadas i sin självbild.

2:13 "Oja, sen tyckte jag det var jättekul i och med att jag hade fått det (ersättningsbarnet), allting var ju så bra så det var så roligt, men han var ju stor han också. Han vägde över 4 kg, så det är stora barn. Men det blev ju liksom en kom-pensation ju, men sen vet jag inte. Sen har vi pratat om att skaffa barn sen. Men det är precis som att jag har blivit så konstig på det viset att jag är så rädd för det, för att jag vet inte, jag hade kanske reagerat annorlunda nu - men det blev bara inte så, min man ville ju aldrig tvinga mej till något som jag inte själv ville liksom - det är ju dumt att bara ha ett barn för han blir ju väldigt bortskämd och så, man går för mycket upp i honom, men det har bara blivit så att vi har inte - eller rättare sagt kan vi säga jag har väl tyckt att jag har blivit mer och mer rädd för det med åren".

När det döda barnet är önskat eller kommer mycket olämpligt och kvinnorna förmår att arbeta igenom sorgen och därefter fattar beslut om ett nytt barn skaffar de inte något. Ett önskat barn som dör kan också leda till det motsatta resultatet. En kvinna hade sökt abort, men fått avslag. Abortansökan betingades av att hon levde i ett mycket disharmoniskt äktenskap som hon önskade bryta upp ifrån. Hon skaffar snart efter att barnet dött ett nytt.

4:2 "... så fanns det en kvinnlig läkare som jag har glömt namnet på, hon tyckte att jag skulle gå raka vägen hem och skaffa barn igen, och det tyckte jag lät väldigt dumt för jag var ju i alla fall 38 år, men så blev det ändå ett barn....

JA, HUR KOMMER DET SIG ATT DU VÅGADE DIG PÅ DET IGEN?

"Ja, jag vet egentligen inte. Efteråt har jag funderat på det, det var ju dumt, men han har varit till så mycket glädje, är fortfarande stor, lång, stilig pojke, får väl säga att han är mannen i mitt liv, - det är svårt att förklara, det är många som tyckte att det var fånigt, andra har ju trott att det var en ersättning - det var det väl på sätt och vis".

En annan kvinna hade en svår social situation och stod ensam under den första graviditeten - barnet var varken särskilt önskat eller planerat men hon ville på något sätt ändå ha det, troligen för att visa att hon kunde ta ansvaret för sina handlingar. När barnet dog blev hon mycket skakad.

2:5 "Jag tror att jag var i sån panik så det hade nästan vem som helst kunnat bli far till det barnet (nästa). Så tokigt det låter. Jag tänkte ett barn det klarar jag".

Ofta vill kvinnorna under pågående, tidigt, sorgearbete ej tänka på ett nytt barn. När sorgen börjat avta fattas beslut om ett nytt barn. I vissa fall försöker kvinnan undgå att känna sorg och "undo" det inträffade genom att skaffa ett nytt barn.

3:8 "Jag var konstigt nog, om naturen nu är så vis, eller det bara är jag som är hård, jag vet inte, men jag saknade inte barnet, det låter kanske hemskt men det gjorde jag inte, för att om det är ett chocktillstånd man befinner sej i då, jag vet inte, och sedan blev jag gravid så snabbt efter, det ville vi absolut".

SÅ DU REAGERADE ALDRIG UT DET?

"Nej, det gjorde jag inte, det tror jag inte jag gjorde om jag skall vara ärlig och det är kanske konstigt...".

Det finns kvinnor som undgår att fullborda sorgearbetet genom att ej helt erkänna barnets död. Genom att i fantasin hålla liv i det döda barnet kan de omedvetet undgå att ta ställning till om de vill ha ett nytt barn eller ej.

En kvinna födde oväntat ett svårt missbildat barn, hon hade svårt att förstå att det var missbildat och inte levde. Denna kvinna hade haft mycket fantasier om barnet som levande och friskt och ej skaffat något nytt.

3:12 "... Man har ju tänkt framåt liksom, om han hade varit frisk och varit ute och lekt med andra, fick man ju tänka på....".

Samma kvinna visar också rädsla för att ett nytt barn skulle upprepa hennes skada i självkänslan.

3:12 "...läkaren, jag vet inte vad han heter, han sa inte mycket han heller, men han sa att jag kunde bli med barn efter ett halvår igen, men det ville jag inte.

VARFÖR VILLE DU INTE DET?

"Nej, jag var rädd att det skulle hända igen...".

De olika faktorerna som samverkar till ett beslut om nytt barn sammanväges medvetet eller omedvetet av kvinnan och deras inbördes förhållande leder fram till handlingen att koncipiera ett nytt barn.

Många kvinnor har av sina läkare eller andra fått rådet att skaffa ett nytt barn för att komma över sorgen. Ett nytt barn åstadkommer, som visat, ej att sorgearbetet fullbordas. Det nya barnet upplevs dock ofta som ersättning, compensation för det döda barnet. 12/63 intervjuade kvinnor anger att det som mest hjälpte dem att komma över förlusten av, sorgen efter, det döda barnet var det nya barnet. 5/63 intervjuade kvinnor anger att det som kvinnor i samma situation som de själva mest behöver är ett nytt barn. Kvinnorna kan uppleva ett nytt barn som det som hjälper dem ur krisen.

1:16 (vi har talat en stund om olika saker som hjälpt henne att komma över det) "... sedan tror jag liksom att just det att man får fler barn, det är nog det som hjälper en, om jag nu inte fått X så tror jag det varit hemskt - jag tror jag hade funderat mer på det barnet då, det hade nog suttit kvar mer om jag inte fått henne".

VAD TROR DU DU HADE TÄNKT DÅ?

"Ja, det blir mer att man - att man hade velat ha barnet mer - alltså att man, jag tror liksom att man kom över det mer på något sätt i och med att jag fick henne".

2:3 "... Sen har jag alltid tyckt mycket om ungar så då blir det ännu svårare, Men i och med att man får ett barn till så tror jag nog att mycket löser sig, det tror jag".

Det synes vara en tämligen vanlig föreställning att har man förlorat ett barn så blir nästa barn av samma kön och när så verkligen sker ger det en känsla av att ha fått tillbaka det döda barnet.

4:5 "... Ja, det var liksom bara en upprepning av allt - det gick bra... det var en pojke också, och jag kan säga att hade den första förlossningen lyckats så hade vi inte haft barn nr 2... jag ser det som så att om vi hade fått det första barnet hade vi inte haft X och han är så perfekt och underbar och fin så det kan inte vara bättre".

3:14 "Och året därpå fick jag en ny flicka... och det var precis som att få henne tillbaka..".

Andra upplever det nya barnet som ersättning men att det inte är samma barn som det döda.

3:16 "Den pojke jag fick när jag var 40 hade jag aldrig skaffat mej om jag inte mistat den andra, hade jag inte gjort.

SÅ DET VAR KLART OCH TYDLIGT SOM NI VILLE ERSÄTTA HONOM?

"Ja, javisst, ja just så var det, men det kom jag underfund med sen att detta var liksom ett annat barn".

När barnet inte är av samma kön så kan det ge upphov till besvikelse.

3:7 "... men jag blev faktiskt, om jag skall vara uppriktig, besviken när jag fick pojken, för jag trodde det var en flicka och alla jag känt ditintills som det gått så för hade då fått lika kön.."
".. ja, det var väl det att man var så inställd på detta, så jag blev väldigt besviken att det var en pojke, men det kvittar ju, för han var ju bra ändå, och sen tänkte jag, jag vet min första reaktion när besvikelsen lagt sig, då tänkte jag för mig själv att då slipper du i alla fall vara med om samma helvete som jag har varit med om. Det var den första tanken jag hade när jag accepterade det att det var en annan sort än vad jag tänkt mig, så att det, men det gör ju att man blir rädd, att man vill inte ha fler barn om man inte är tvungen att visa för andra..".

Denna kvinna hade förlorat en flicka. Hon ger tydligt uttryck för hur svårt hon upplevt slaget mot sin kvinnliga självkänsla när hon förlorade sitt barn. Hon är missnöjd med att vara kvinna. Det finns kvinnor som anser att de inte kunnat kompensera sig för förlusten av sitt döda barn förrän de fått ett av samma kön som det förlorade. (Denna kvinna hade förlorat en pojke, därefter fick hon en flicka och sedan en pojke).

3:19 DU VAR GLAD FÖR ATT DET VAR EN POJKE OCKSÅ?

"Ja, jag var så glad - ja det var precis som - men så har jag fått höra det ibland att - att jag är mer svag för pojken, än tösen, jag är lika glad för bägge två, men det har väl blivit det

liksom för - han har samma namn som den första också..."

Det finns också kvinnor som upplever att de i och med "ersättningsbarnet" fått ett barn av det kön som de egentligen önskat åt det döda barnet och att detta kan kännas som en extra kompensation.

För barn som dött vid en senare tidpunkt i livet finns beskrivet hur något av de levande, eller nästfödda barnen har fått ta över föräldrarnas förväntningar på det döda barnet. När något sådant sker är dessa förväntningar ofta orealistiska resultat av en idealisering av det döda barnet (Cain & Cain 1964, Poznanski 1972). För de levande barn som skall bära dessa förväntningar kan det innebära svårigheter att utveckla en egen personlighet. I denna undersökning finner vi inte några belägg för att motsvarande mekanismer föreligger vid perinatalt döda barn utom vad beträffar könet. Skälet kan möjligen vara att undersökningsmetodiken är otillräcklig för att fastställa en sådan mekanism. Hos undersökta kvinnor finns dock en tendens att överbeskydda de levande barnen. Kvinnorna är medvetna om att de är överdrivet oroliga för de levande barnen, de benämner ofta sig själva som "hönsmammor".

2:3 "Jag vet bara att nu när jag fick X, den sista alltså, så har jag varit mer rädd om honom på något vis, man tyckte, då fick jag en pojke till slut. När man har två flickor vill man ju gärna ha en pojke särskilt när det första var en pojke, så visste man att det inte var en omöjlighet i alla fall. Men jag har en känsla av att man kanske är mer ängslig att någonting skall hända dem alltså när man gått igenom en sån här sak. Man är väldigt rädd att lämna något åt slumpen egentligen..."

Många kvinnor ger uttryck åt känslor av att inte vara så trygga som tidigare, kvinnorna bär på en mer medveten känsla av hjälplöshet än före förlusten av barnet.

2:4 HUR TYCKER DU ATT DITT FÖRHÅLLANDE TILL DE LEVANDE BARNEN HAR PÅVERKATS AV DET HÄR?

"Det har det, för att jag har ju varit väldigt rädd om mina barn - alltså man ser ju folk som skickar ut små barn och leka ensamma och jag har varit efter dem överallt och skyddat dem, min man också, han har varit väldigt rädd och minsta lilla och jag - han kommer hem en dag och de är lite krassliga så är det med detsamma har du tagit tempen och du får väl se efter dem och"

Sammanfattningsvis finner jag att kvinnans beslut om konci-pierande av ett nytt barn styrs av samspel mellan flera olika faktorer. När ett nytt barn blir till kan detta på olika sätt upplevas som compensation för det förlorade och som stärkande för den skadade självbilden. Denna upplevelse är ej relaterad till om kvinnan fullbordar sitt sorgearbete eller ej.

Om något nytt barn ej blir till kan detta bero på rädsla för nytt trauma i självbilden, rädsla för kroppsskada, önskan att slippa erkänna förlusten av barnet och önskan att undvika smärtsamt sorgearbete.

Jag har ej funnit några tecken på att ett efterföljande eller levande barn får ta över det döda barnets fantiserade egenskaper. Dock förefaller det föreligga en förväntan på ett nytt barn att det skall ha samma kön som det döda barnet. Kvinnor som har fått döda barn uppvisar ofta en otrygghet beträffande sin förmåga att värna om sina levande barn, vilket kan leda till överbeskydd av dessa.

3. Upplevelsen av nästa graviditet.

Berg et al (1978) framhåller att kvinnor som har förlorat ett barn behöver extra stöd vid nästa graviditet. I denna undersökning finner jag att nästa graviditet för kvinnorna är förenad med stark oro och rädsla. Många kvinnor är medvetna om sin rädsla och kan ge uttryck för den.

1:17 "Tre månader efter så var jag med nästa, så det gick ju rätt så bra så, då gick man ju i en ständig skräck ska det bli likadant denna gången, för då gick jag liksom mer eller mindre i dvala, nästa graviditet och liksom tänkte vad går det, går det - aldrig så minsta tendens till något som var olikt så tänkte man om det är något fel...".

1:3 "... jag tror jag blev med barn igen innan jag liksom hann och tänka på så vis, och det var kanske tur, för annars hade man kanske spänt sig, man hade kanske känt att "vågar jag", "vågar jag inte", ... men det var ingen vidare tid att gå i nio månader... det var det att jag var rädd att jag inte skulle få sedan kom rädslan att jag inte skulle få något barn nästa gång heller,, denna ovisshet det är den som man tyckte var så hemsk".

Av de kvinnor som ånyo blev gravida omtalar ungefär 60 % uttalad rädsla, panikkänslor, mardrömmar under nästa graviditet. De återstående ger under intervjun uttryck för någon av de avvärjningsmekanismer som illustreras, förnekande av graviditeten, stark aktivitet, andra lägger sitt öde i en läkares händer och hoppas att denne skall kunna avvärja en ny olycka.

Några kvinnor lyckas kommunicera sin rädsla till sina läkare och får stöd av dem.

1:5 "Nej, men sedan efteråt gick jag ju och tänkte på det mycket själv (orsakerna till att barnet dog) och sedan de andra gångerna jag var gravid vågade jag inte äta några piller eller något... jag var

hemskt rädd för allting... jag får säga det att dr X var hemskt rar..., jag var på kontroll rätt så mycket, det är klart man var rädd att det skulle hända igen men dr X han sade hela tiden att jag behövde inte vara rädd, det skulle gå bra..".

Andra kvinnor är mycket rädda men hanterar sin skräck genom att förneka den och graviditeten.

2:13 "Då konstigt nog hade jag inte alls ställt in mej på någonting den gången, det gjorde jag ju inte för att då - då var det någonting bara som växte i magen på mej, men jag tänkte liksom inte alls på att jag skulle komma hem och jag vet att jag förberedde inte alls heller någonting".

Ett sätt att hantera rädslan kan vara att vara mycket aktiv i skötseln av den nya graviditeten. En kvinna var mycket oklar över vad som hade hänt med det första barnet och hade en miss-tanke om att hon ej skött sig tillräckligt.

2:3 "Jag fick bara veta att det inte var något fel på barnet och det är man egentligen inte hjälpt av, det tycker man bara är ännu värre. Är det inte något fel på barnet då undrar man vad det varit fel på... Jag kom till en så underbar läkare som jag fick förtroende för... jag förberedde mej, jag gick på mödragymnastik, jag var verkligen flitig (vilket hon ej varit första gången)".

4. Upplevelser under förlossningen. Interaktion med sjukvårdspersonal.

Det föreligger en skillnad mellan indexkvinnornas och kontrollkvinnornas minnen av förlossningen. Indexkvinnorna minns indexförlossningen tydligare än kontrollkvinnorna. Många indexkvinnor kunde ge en fyllig beskrivning av indexförlossningen. Kontrollkvinnorna hade svårare att beskriva indexförlossningen. Kontrollkvinnorna svarar när de ombeds att berätta om förlossningen "den var väl normal", "Jag minns inte, det gjorde väl ont, fast det glömmar man ju". Kontrollkvinnornas förlossningar hade ej längre någon känslomässig aktualitet för dem.

Indexkvinnorna kunde i allmänhet lätt erinra sig sina upplevelser under indexförlossningen, deras indexförlossningar har haft kvarstående emotionell betydelse för dem, däremot synes deras upplevelser från övriga förlossningar likna kontrollkvinnornas upplevelser.

2:6 "Den förlossningen har jag ett mycket svagt minne av - den gick ju lyckligt".

De kvinnor som hade diagnosen "ablatio placentae" är ett undantag. Dessa kvinnor har ofta under förlossningen varit medvetandestörda och har därför få konkreta minnen, de minns oftast bara att det gjorde mycket ont.

En förlossning är, som många författare påpekat, en situation där en kvinna känner sig utlämnad till omvärlden. De emotionella intryck som kvinnorna bevarat från indexförlossningen är alla av den art som har med förhållandet till omvärlden att göra. Kvinnorna har känt sig ensamma, övergivna, nonchalerade, felbehandlade, ovänligt eller strängt bemötta.

3:3 "... att man inte blir lämnad ensam, jag fick veta att det inte hördes några fosterljud och att det nog inte var något liv där, så man till mej, sen blev det då - jag fick en spruta som

skulle påskynda värkarna, jag hade inga värkar när jag kom in, sen fick jag ligga ensam i ett rum, och jag behövde kasta vatten väldigt ofta minns jag, och jag hade krystvärkar, men när jag ringde på sköterskan så sa hon till mej att det var inte någon panik, så vart jag lämnad ensam då på rummet och först när det började teckna sej och då jag ringde på systemen och jag hade krystvärkar och övertygade henne om att det var bråttom, då fick jag till svar att vi vill inte ha någon förlossning häruppe i sängen, så då vart det ju bråttom - då tog man alltså ner mej på förlossningen, men man trodde inte på mej, inte ens då, man nonchalerade, det var väl ingen krystvärk menade dom på, men då fick jag en våldsamt krystvärk när jag låg på båren innan jag hade kommit in på förlossnings-salen, och då vart det ju ännu mera bråttom, men man liksom - man borde väl tagit hand om mej då, man visste att barnet inte hade något liv, att det kunde bli en komplicerad förlossning, det är klart det var på natten, det var väl ont om personal, men jag kände mej enormt ensam... men just under den tiden önskade jag att någon hade varit hos mej hela tiden för det var fruktansvärt, och sedan efteråt - man borde kanske haft någon att tala med, (samma patient säger om sin första förlossning där barnet levde) "den första förlossningen var helt normal skulle jag tro".

HUR UPPLEVDE DU DET SJÄLV? DET ÄR MÅNGA FÖRLOSSNINGAR SOM VI KALLAR FÖR NORMALA SOM MAMMORNA SJÄLVA UPPLEVER SOM VÄLDIGT SVÅRA OCH JOBBIGA. "Jag tror att det gick fort (sedan kan hon inte redovisa mer för den förlossningen)".

3:14 "men allt som liksom hände har etsat sig väldigt starkt... jag var ju väldigt orolig för den här förlossningen det var jag alltså, sen jag kom in så kom där en läkare, väldigt nonchalant, och - ja nu skall lilla frun göra som systrarna säger och sen höll han på och skoja med sköterskorna så där och jag tyckte tar dom det verkligen inte mer allvarligt än så här, alltså jag - jag tog ju det väldigt allvarligt - sen så fick jag ligga där inne med en elev eller ett biträde eller nånting som stod jämte mej, jag skulle ligga på sidan jag fick inte krysta, jag hade krystvärkar alltså, och hon stod där och var rädd och sa oh nej, oh nej människa ni får inte krysta tänk om barnet kommer här och hon var jätterädd och det var ju - kändes också väldigt fånigt alltså att ingen annan hjälp fanns till buds, sen kom det - tror jag att dom flyttade över mej till ett sånt där förlossningsbord - så kom det en barnmorska och skulle lyssna på barnet och så skulle hon ge sån där syrgas eller vad det heter, att det lät inte bra och så kom det just en annan barnmorska in och lyssna och sa, nej det behövdes visst inte, och så blev det ingenting av med det, och sen plötsligt så var det då väldigt bråttom och jag kom på den där förlossningssalen, dom hade tydligen bara en förlossningssal tillgänglig för det och då var ju doktorn väldigt skärpt plötsligt och sen klippte dom upp mej innan dom sövde ner mej".

2:7 "... så åkte vi ut på sjukhuset ju och då undersökte dom där och dom - jag förstod inte vad dom sa, för dels var jag kolossalt matt och trött, alltså jag kände mej väldigt väldigt dålig jag orkade liksom inte höra dom men det tog - tog ganska många timmar - alltså förlossningen - jag fick ju ingen hjälp med det utan jag fick ligga

tills det kom av sig själv, och det var väldigt besvärligt måste jag säga".

2:10 "Hela natten hade jag värkar och sen frampå morgonen - ja då klockan 6 på morgonen då hade dom den här tvättningen då skulle man vara uppe på benen och man var precis färdig, jag hade ont så jag visste inte till mej, men bort till vasken skulle jag. Sen vid 10-tiden så hade dom ringt på X (maken), han kom upp där, fick komma in på förlossningen och då hade jag så hemskt ont och det var så besvärligt, dom började springa så dant och titta och hålla på, så gick han och sen kvart i 12 kom hon barnmorskan och så sprang hon och så kom den här doktorn, jag kommer inte ihåg vad hon hette och sen så bara hände det något - ingen sa någonting jag fick inte reda på någonting och så kom dom då med en sån här bår och iväg med den, dom sprang i gången, och då börja man bli - tänkte vad är det som är på gång här, man började bli rädd liksom".

DÅ BÖRJADE NI ANA NÅGOT?

"Ja, då anade man, då förstod jag då måste det vara någonting som inte är som det ska, och dom band fast mej dom höll på där ute i operationsrummet och grejor, och det var en massa folk runt mej, och då ingen - då vet jag att då gjorde de någonting så jag vråla rakt ut... och så bara slängde dom på mej en mask, dom sa ingenting då heller, jag - jag var precis färdig, alltså jag tyckte liksom att dom kunde ha talat om hur man skulle göra för jag visste ingenting, visserligen hade jag gått på sådan där mödragymnastik tidigare, där pratade dom om lite, man var uppe på förlossningen och så där och titta men sånt kommer man ju inte ihåg i ett sånt läge, då sa hon någonting den där, som sa ge henne någonting så hon är tyst

eller någonting sa hon den här doktorn då...".

3:1 "Det är kanske det att man blev lite besviken på sjukhuset och åtgärderna kring det hela, det blev jag i början, därför att jag tyckte att den rätta insatsen gjordes nog inte".

VAD VAR DET DU TYCKTE VAR SVÅRT?

"Jag menade att i och med att det ansågs vara en komplicerad förlossning och dom märkte det att det inte gjordes något åt det, utan dom sa till mej att det fanns inga läkare lördag-söndag så det fanns ingenting annat att göra utan att klara det själv".

Gemensamt för alla dessa kvinnor är att de, oavsett när i förhållande till förlossningen barnet dött, har känt sig försvarslösa och utlämnade, Detta är även en vanlig upplevelse under normala förlossningar (Lagercrantz 1979). När förlossningen slutar med att barnet dör så kvarstår upplevelsen tydligt i kvinnornas minne. Kvinnorna har upplevt att de och barnen varit i en farosituation och känt behov av hjälp och skydd. Det förefaller som sjukvårdspersonalen har haft svårt att uppfatta omfattningen av kvinnornas hjälplöshet och därför inte kunnat möta deras behov på ett adekvat sätt. Sjukvårdspersonalen känner sig hotad av att förlossningen håller på att sluta illa - ge ett tekniskt dåligt resultat. Denna hotsituation utlöser mer teknisk hjälp till kvinnorna, vilka önskar mer emotionellt stöd.

Flera av kvinnorna i undersökningen har förlösts från intrauterint döda barn. Dödsfallen har inträffat timmar till dagar före förlossningsarbetet och kvinnorna har informerats om att barnet är dött. Detta är en extremt svår emotionell situation och det förfaringssätt som på den tiden inte var ovanligt, att efter konstaterandet av dödsfallet skicka hem kvinnan och avvakta spontan förlossning, synes ha varit ytterst plågsamt. En kvinna som vet att hon har ett dött barn i magen befinner sig i en akut emotionell katastrofsituation och behöver mycket hjälp.

1:17 "När jag gått en vecka över tiden så ringde jag till sjukhuset och ringde till dr X och sa att jag kände mej helt olycklig, konstigt tillstånd liksom för jag hade dåligt rörelser.... ja, jag åkte upp till honom, fick tvingat mej till en tid mer eller mindre, kom upp där - och jag kommer aldrig glömma den dagen, det var en chock, det var en underbar dag när jag kom upp där, så sa han helt kallt: jaha den är död, och jag tänkte det är ett slags skämt jag är utsatt för sjuk humor så där liksom, jag tänkte det kan han väl inte heller göra med folk så där, han sa det verkar så - ni får åka ut och få ett EKG, det verkar helt slut liksom, ja det var ju fruktansvärt, Jag minns det så väl alltihop tycker jag, dom tog emot med sina vanliga kalla attityder - tycker jag, och sa liksom att - jaha det är inte lönt att ta ett EKG för det är alltså helt - det var flera stycken som var övertygade om att det inte var mer med det, utan ni får åka hem så får vi se om ni kan få en tid på måndag till er. Oh, sa jag det kan jag inte, det orkar jag inte vara hemma med detta så många dagar, torsdag-fredag-lördag-söndag-måndag, deras ordning passar bäst - dom hade bäst personal på måndan att ta emot mej, ja sa jag, jag kan inte orka. Ja, idag kan vi absolut inte sätta igång det eller nånting sånt där utan ni får hem och sova, ja sa jag det kommer jag inte att kunna göra för jag är ju helt upplöst - det var jag ju. Ja, har ni så dåliga nerver så skall vi ta er i morgon, jag tyckte det var rätt kallt alltså men jag tänkte, ja jag är ett fall för dom och jag får acceptera det hela och vara glad att dom kan ta mej i morgon ju".

1:23 "Det är ju klart den gången då det gick illa 00, då var man ju rent chockad först, nej det är en mardröm, det är inte sant, låt mej vakna ur drömen liksom det kan inte vara sant, jag som är så frisk och har min man som är frisk och vår pojke, men man liksom fattade inte bara, man var väldigt ledsen, man låg där så där ensam, man tänkte, ja annars blir man ompysslad och så då man väntar på förlossning och allting skall gå bra, men när dom nu visste att det blir ingenting så låg man där ensam hela natten med sin sorg, och var väldigt ledsen det var man naturligtvis, man kunde inte fatta det".

Dessa kvinnor befinner sig i chockfas och har svårt att assimilera verkligheten. Deras verklighetstestning är mer eller mindre vacklande.

3:17 "Och dom dagarna det har ofta tror jag av mej återgivits som om det var 3 veckor för det var mitt minne av det, hade ni inte sagt hade jag trott att det var 3 veckor för så plågsamt var det liksom, det var en evighet detta att man visste att det fanns liksom inget hopp, och sen just det här jag gick bara och väntade och man önskade liksom att det ändå skulle börja röra sej, det var sånt där som man i rena självbevarelsedriften för man inte skall gå under liksom... så det var ju en fruktansvärd plåga att gå och veta att man skall förlora ett - när man hela tiden hörde om händelser, den frun har fått och den frun har fått och den damen har fått... är man inte stark så är det fruktansvärt farligt en människa kan ju bli sinnessjuk..".

Det har i litteraturen diskuterats om kvinnorna för att kunna förstå att barnet är dött skulle se det eller ej. Klaus et al (1970) anser att alla mödrar till dödfödda barn borde se barnet. Erfarenheterna från denna undersökning är ej så

entydiga. Flera kvinnor har sett sina barn som varit döda vid framfödandet. De tycker sig ej haft speciellt svåra upplevelser av det. Flera kvinnor har ej velat se sina barn och ej fått se dem. Om barnet var missbildat har de ofta bedömt det som bra att de ej fick se det. I två fall har emellertid kvinnor med lindrigt missbildade barn ej sett barnen och haft många groteska fantasier av plågsam natur kring missbildningarna.

Några kvinnor har bett att få se barnet men hindrats från detta. Dessa kvinnor har haft svårt att förstå att barnet var dött eller att de har fått barn.

3:10 "... det var barnmorskan som kom och sa att det var dött, det kändes hemskt men på något sätt tror jag man inte kan fatta hur det är och ha en unge när man inte haft det förut... det var väldigt konstigt överhuvudtaget så tyckte jag att jag aldrig fått något barn... jag tror för att man skall känna så skall de handgripligt visa en att här är ditt barn och det är dött ser du... och därför säger jag det att jag tror att det är lika viktigt att man får reda på eller ser barnet att det är dött va, att man då kan acceptera det och se att det är dött likaväl som när det är så att ungen lever det accepterar man ju då det är självklart".

En svårighet att förstå att man fått ett barn som dött leder till att sorgearbetet försenas eller uteblir. En kvinna har vid tiden för intervjun ännu inte helt accepterat att hennes barn var dött utan tror stundtals att det förväxlats med en annan kvinnas barn vid förlossningen. Hon hade ej fått se barnet trots att hon önskat se det. Ingen kvinna i denna undersökning uppger sig ha haft negativa effekter av att se det döda barnet.

De kvinnor vars barn dött intrauterint har i många fall ej fått se sina (macererade) barn, men har trots detta en upplevelse av att barnet verkligen var dött, då de själva

noterat en stor skillnad på hur barnet uppförde sig intrauterint, före och efter dödsfallet. Erfarenheterna från denna undersökning tyder på att det sällan är någon nackdel att låta modern se sitt döda barn, och att man alltid bör visa det för henne om hon önskar det, då en sådan önskan ofta härrör ur behovet att övertyga sig om att barnet är dött.

Det har framhållits att födelsen av ett dött barn innebär en krissituation inte bara för den drabbade kvinnan utan också för de personer inom sjukvården som hon kommer i kontakt med (Bruce 1962; Cullberg 1966; Bourne 1968). Denna krissituation för sjukvårdspersonalen leder till att de vårdande personerna mobiliserar sina egna försvarsmekanismer mot att behöva ta till sig det skedda. En av de uppgifter som ligger på sjukvårdspersonalen, i allmänhet på läkaren, är att ge kvinnan information om vad som hänt.

Kvinnorna befinner sig på sjukhuset i ett emotionellt mycket upprört tillstånd och har svårt att ta emot saklig information om händelsen. De brottas med att acceptera att något skett och med sina egna skuldkänslor för att inte förlossningen slutat med ett levande barn. Att den information, om det skedda, som givits ofta inte uppfattas av kvinnorna visas av att endast omkring 10 % av kvinnorna tycker sig ha fått god information. I de fall där informationen nått fram, givits på ett för kvinnorna acceptabelt sätt upplever de stor tacksamhet.

1:19 "- Nej, jag tycker ju det var bra att man hade doktor X som man kunde gå upp och prata med och om det var något så kunde man fråga honom ju, det är nog viktigt att man har en läkare som man kan gå upp till efteråt och som var med och visste om det hela annars tror jag knappt att jag orkat igenom det".

3:14 "- Ja och där var en läkare som gick ronden och sa "det var väl ingenting och bekymra sig för o s v" sen kom doktor X och han alltså, hade jag inte träffat honom och han hade gett sig tid att prata med mej och så där, så hade jag inte vågat föda barn igen alltså, han var fantastisk, han gav sig tid att prata med mej och förklara för mej".

Många kvinnor har ingen upplevelse, eller minne av att de överhuvudtaget fått någon att tala med eller upplysts om vad som skett.

3:16 " - Och inte någon sa utan bara då efter 5 dagar, nu kan du åka hem, och inte nån sorts samtal och inte - inte någonting absolut ingenting...".

3:10 "Det hade fått vatten i lungorna och det fick jag fråga väldigt noga, jag fick fråga vad det var för nånting om det var en pojke eller flicka vad det dog av, dom ville inte - dom säger ju ingenting till en utan man får hela tiden fråga och fråga".

3:20 "- Det är vad jag kommer ihåg, vad som egentligen har skett har jag aldrig fått reda på".

1:22 "- Därför att jag var helt ovetande om allting, hur jag än frågade fick jag alltid svävande besked...".

Flera kvinnor kan klart formulera vad det är de behöver.

3:17 "- Så tror jag att det bästa som finns det är om man alltså fortlöpande - man har inget behov av gynekologisk information, man har behov av en människa att tala med och få upplöst alla de här frågorna för du vet ofta man kommer - den här typen av läkare som är teoretiker enbart, som sitter och klargör varför hon just nu inte fått det här önskade barnet eller vad det nu är och sen ingenting mera, de lämnar inte kontaktmöjligheten".

2:12 "Man behövde haft nån att fråga just varför, och som kunde förklara för en och trösta en och säga att ni kan få ett nytt barn det går bra, det är ingen tröst när dom säger det till en när man precis har mist ett... eller nån annan som kunde sätta sej ner och prata, inte bara fara ut och in med medicin och matbrickor och sånt, men sån är ju sjukvården, det tycker jag skulle varit skönt".
ÄR DET NÅGOT MER DU HAR TÄNKPT PÅ?

"Ja, ibland en doktor kunde förklara för en varför man fick dom medicinerna".

Kvinnorna ger uttryck för att vad de främst behöver är att få svar på de frågor som de själva har, inte en "teoretisk" förklaring om dödsorsaken, Det är ingen skillnad mellan kvinnor med fullständig och ofullständig krislösning beträffande deras faktiska kunskaper om vad som tekniskt inträffat, däremot finns en skillnad i deras uppfattning om skulden till det skedda. Åtskilliga av de kvinnor som kom till undersökningen bar på frågor omkring förlossningen som de ej fått klarhet i och som de var angelägna om att få besvarade.

(Berg et al (1978) har redovisat hur man kan informera kvinnorna om dödsfallet, på ett sätt som gör det möjligt för dem att förstå och använda sig av den information de får.)

5. Fullständig-ofullständig krislösning. Beskrivande jämförelse mellan grupperna.

I denna undersöknings intentioner ingick att, på olika sätt undersöka, och att försöka ge en bild av vilka faktorer hos kvinnorna och i deras miljöer som disponerar för respektive förhindrar en fullständig krislösning. I denna del av arbetet har en sammanställning av olika faktorer hos kvinnorna och deras miljöer gjorts. Urvalet av dessa faktorer styrs med nödvändighet av den syn på kvinnornas situation och på deras sorgearbete som författaren omfattar.

I det föregående har det belysts hur kvinnorna upplevt förlusten av barnet som ett hot mot självbilden. Kvinnornas ego har vid förlusten av barnet ej längre kunnat upprätthålla det tillstånd av välbefinnande som är förenat med en acceptabel självbild. Det har också tidigare påpekats att barnet har ett speciellt förhållande som objekt till kvinnan. Det är känt att en av de reaktioner som uppstår vid starka hot eller överväldigande emotionella situationer är en psykisk regression och därmed en försvagning av egots funktioner. Normalt finns inom en människa både "goda" och "dåliga" självbilder. Som ett resultat av egots adaptiva arbete har många av de "dåliga" självbilderna trängts undan. Vid ett emotionellt jämviktstillstånd har de "goda" självbilderna en dominerande ställning. När egot försvagas minskas dess möjligheter att hålla undan dåliga självbilder och samtidigt minskas dess möjligheter att utnyttja den adaptiva nivå som tidigare har uppnåtts.

Tidigare har sorgearbetets "uppgifter" redovisats (sid 90). Sorgearbetet uppfattas som en process vilken sker under en tidsperiod, genom interaktion mellan olika faktorer. Två viktiga komponenter ingår i sorgearbetet - att uttrycka de känslor som finns i sorgen och att tala om dessa känslor;

- Att ge uttryck för de känslor som orsakats av förlusten innebär att dessa känslor temporärt kan externaliseras. Denna externalisering underlättar den kognitiva förståelsen av känslorna samt strukturerandet av dem.
- Att tala om känslorna gör det lättare att värdera dem. Den "skadade" självbild som orsakats av förlusten av barnet blir lättare att acceptera om man kan förmå sig att låta någon annan ta del av den. Denna andra person kan genom sitt sätt att förhålla sig till känslorna visa att dessa känslor och den skadade självbilden ej är oacceptabla och att man trots upplevelsen av att vara defekt - skadad kan omfattas av en annan persons förståelse.

De faktorer som här ansågs möjliga och meningsfulla att värdera är:

1. Kvinnans uppfattning om sig själv som människa - hur hon talar om sig själv i olika situationer och de ord hon använder för att beskriva sig själv.
2. Huruvida hon haft psykiska symptom tidigare - kan spegla hur stor grad av psykologisk adaptation hon uppnått i andra sammanhang.
3. Hennes beskrivning av hur hon känt vid förlusten av barnet, och hur hon hanterat dessa känslor i förhållande till omvärlden.
4. Huruvida och i vilken grad hon upplevt förlusten som kränkande för henne själv.
5. Hennes uppfattning om orsaken-skulden till det skedda.
6. Hennes uppfattning om maken och hans bemötande av henne som ett grovt mått på vilken grad av trygghet hon har i sin närmaste miljö.

Dessa faktorer värderades för samtliga kvinnor utom de 5 vars grad av krislösning ej var bedömbär. I redovisningen ingår ej de 14 kvinnor som bedömts ha "partiell krislösning". De utgör i alla avseenden en mellangrupp och en redovisning

av dessa faktorer för deras del bedömdes ej ha något illustrativt värde i detta sammanhang.

a) Kvinnor i gruppen med fullständig krislösning.

18/23 kvinnor i denna grupp beskriver sig som aktiva människor som anser sig ha en tillfredsställande kapacitet att forma sina liv.

2/23 kvinnor har tidigare haft psykiska symptom.

21/23 kvinnor har starkt upplevt och erkänt sina känslor i samband med förlusten av barnet. Kvinnornas inställning till känslorna präglas av accepterande, de har en intuitiv känsla för att känslorna "skall komma ut".

1:1 "Jag tror att just att man skall bli så ledsen som man kan, det löser upp en massa som annars kommer fram på annat sätt".

1:11 "Jag grät, jag tror aldrig jag har gråtit så mycket som då... jag pratade om det, frågade de mig så pratade jag om det".

1:17 "Grät, ja det gjorde jag ju, vi menade som så, det är bara till att gråta på och stoppa det inte utan bara gråt, gråt, gråt och så blir det stopp en dag och det blev det också".

Översikt över karaktéristika hos kvinnor med fullständig krislösning

Tabell 3:1

Nr	Beskriver sig själv som	Sätt hantera känslorna kring händelsen	Dåvarande förhållande till maken	Index- händelsen kvarstående kränkning	Skulden uppfattas som	Antal döda barn i och med index- händelsen	Psyk spt före index- händelsen
1	Aktiv, själv- ständig	Grät mycket, talat med maken	Gott	Nej	Olycka, ingens fel	1	0
2	Aktiv, nöjd	Grät mycket, talade med maken	Gott	Nej	Blodgruppens fel	1	0
3	Aktiv, nöjd	Ledsen, erkänt för sig själv. Ej talat med maken el annan	Gott	Nej	Syrebrist engångsföre- teelse	1	0
4	Aktiv, tålig	Ledsen, talat med maken	Gott	Nej	Sjukhusets fel	1	0
5	Aktiv	Ledsen talat med maken	Gott	Nej	Virus, sjukhuset?	1	0
6	Själv- ständig, gladlynt	Ledsen, talat med maken	Gott	Nej	Vet ej. Är ett faktum	1	0

Nr	Beskriver sig själv som	Sätt hantera känslorna kring händelsen	Dåvarande förhållande till maken	Index- händelsen kvarstående kränkning	Skulden uppfattas som	Antal döda barn i och med index- händelsen	Psyk spt före index- händelsen
7	"Stark" själv- ständigt gladlynt	Ledsen, talat med maken	Gott	Nej	Sjukhusets Är ett faktum	1	Ja (reaktiva)
8	Inga spec särdrag "vanlig"	Mycket led- sen, maken tröstat	Dåligt	Nej	Sjukhusets troligen	1	0
9	Aktiv, plikt- medveten	Ville ej ha barnet, lättnad	Dåligt	Nej	Olycka Straff för önskat barn	1	0
10	Gladlynt	Ledsen, talat med maken	Gott	Nej	Diabetes	1	0
11	Ganska passiv gladlynt	Ledsen, talat med maken och andra	Gott	Nej	Sjukhuset + händelse på arbetsplatsen	1	0
12	"Stark" glad, omhänder- tagande	Ledsen, talat med maken	Gott	Nej	Vet ej, engångs- företeelse	1	0
13	Ganska passiv, nöjd	Ledsen, oklart om talat med någon	Gott	Nej	Näringsbrist?	2	0

Nr	Beskriver sig själv som	Sätt hantera känslorna kring händelsen	Dåvarande förhållande till maken	Index- händelsen kvarstående kränkning	Skulden uppfattas som	Antal döda barn i och med index- händelsen	Psyk spt före index- händelsen
14	Nöjd, lugn, stark	Ledsen kort tid, talat med maken och föräldrar	Gott	Nej	Medicin- förgiftning	1	0
15	Själv- ständig	Ledsen, talat med maken	Gott	Lite	Hjärtfel, kanske mitt fel	1	Ja
16	Gladlynt, nöjd	Ledsen, talat med maken	Gott	Nej	Blodets. Sjuk- huset ej passat barnet	1	0
17	Gladlynt, orädd, aktiv	Grät mycket tillsammans med maken	Gott	Nej	Spruta på sjuk- huset. Kanske ej skött mig perfekt	1	0
18	Stark, gladlynt	Ville ej ha barnet, lite ledsen	Gott	Nej	Var ej meningen vi skulle ha det	1	0
19	Lugn, stark	Ledsen, talade med maken	Gott	Nej	Missbild- ningens fel, för att jag ramlat under graviditeten	1	0
20	Stark, energisk	Ledsen, gråtit med maken	Gott	Nej	Ej mitt fel. Sådant kan hända	1	0

Nr	Beskriver sig själv som	Sätt hantera känslorna kring händelsen	Dåvarande förhållande till maken	Index- händelsen kvarstående	Skulden uppfattas som	Antal döda barn i och med index- händelsen	Psyk spt före index- händelsen
21	Gladlynt, tystlåten	Ledsen, talade med maken och svärmor	Gott	Nej	Talar ej om skulden	1	0
22	Själv- ständig, gladlynt	Ledsen, talat med mor	Dåligt	Nej	Blodtrycket. Oenighet mellan läkarna	1 (+ ytterligare ett dött barn)	0
23	Stark, envis	Ledsen, talat med maken och föräldrar	Gott	Nej	Blodet. Det var meningen eftersom sjukt barn	1 (senare "missad abortion")	0

De två kvinnor som ej uppgav sig ha varit ledsna hade båda uppgivit att indexgraviditeten var önskad och oplanerad. En av dem upplevde det huvudsakligen som en lättnad att barnet dog, den andra var något ledsen men tröstade sig snabbt. Den senare kvinnan hade enligt vår definition på krislösning fullständigt löst krisen, en möjlighet föreligger dock att hon gjort detta med hjälp av ett "vicarious object" (Greene 1958). (En defensiv manöver varvid ett objekt i omgivningen upplevs vara den som sörjer och behöver tröstas).

19/23 kvinnor i denna grupp har talat med någon anhörig, företrädesvis maken om sina känslor kring det skedda.

1:4 "Men det var tur att min man var så pass förstående han tog det väldigt fint, han var själv förtvivlad så att det var mitt stora stöd liksom att han - många i den åldern bryr sig ju liksom inte om - han var väl mer mogen än vad jag var på något vis, konstigt nog, men det var han, han var ett mycket stort stöd för mej".

1:17 "Vem har en sådan man som jag har till att prata med alltså, det är kanske inte alla givet. Det är jag inte övertygad om och så där, utan de blir kanske bara lämnade därhän åt det (sorgen)".

Fyra av kvinnorna hade troligen ej talat med någon om sina känslor. En kvinna hade enligt egen uppfattning ett gott förhållande till maken men ej talat med honom om det skedda. Hon hade dock givit sina känslor utlopp och erkänt omfattningen av dem för sig själv. Tre kvinnor redovisade ej i intervjun huruvida man talat om det skedda i familjen eller ej.

20/23 kvinnor i denna grupp uppger sig ha tillfredsställande-gott förhållande till maken vid förlusten av barnet. Tre var missnöjda med äktenskapet.

1/23 kvinnor i denna grupp anser sig kränkt av händelsen.

En kvinna upplevde födelsen av ett fullgånget dött barn för andra gången och två kvinnor har senare fått ett fullgånget eller prematurt dött barn.

Fyra kvinnor anger den verkliga orsaken som skuld till barnets död. Tre anser att det var en olycka som ingen kan lastas för. En kvinna anser det vara hennes skuld, sju kvinnor anser att det var sjukhusets skuld, två kvinnor anser att både de och sjukhuset har skuld till det skedda. Två kvinnor anser att det var ett straff, tre vet inte vems skulden var, men anser att det gör detsamma, en kvinna har ej velat tänka på skuldfrågan.

Om man mot bakgrunden av dessa fynd söker sammanställa en bild av den genomsnittliga kvinnan som fullbordat sin krislösning finner man att hon har en aktiv inställning till sitt liv, har resurser att ordna detta så att hon kan känna sig nöjd (har ett ego med tillfredsställande adaptiva funktioner). Hon har lätt att identifiera sina känslor, ge uttryck för dem och hon lever i en miljö som accepterar hennes behov att tala om och ge uttryck för sina känslor. Hon har inte tidigare drabbats av förlusten av ett barn. Hon upplever förlusten av barnet som ett slag mot självkänslan men undgår att utveckla en upplevelse av kränkning. Hon har inte alltid en realistisk uppfattning om vad som hänt, men har inga kvarstående skuldkänslor för det inträffade.

b) Gruppen med ofullständig krislösning.

8/21 kvinnor i denna grupp beskriver sig själva som aktiva människor som tycker sig ha kapacitet att ordna sina liv så att de blir nöjda.

9/21 kvinnor beskriver sig i ordalag som visar att de upplever sig som passiva i förhållande till omvärlden, utsatta för en rad svårigheter och ofta utan förmåga att ta sig ur svåra situationer.

4/21 kvinnor ger ej uttryck för någon uppfattning om hur de upplever sig själva.

8/21 kvinnor har före indexhändelsen haft psykiska symptom, som ej varit relaterat till liknande trauma. 1 har haft psykiska symptom i samband med tidigare förlust av barn.

6/21 kan under intervjun berätta att de efter förlusten av barnet kände sig mycket ledsna och gav utlopp åt sina känslor i sin ensamhet.

5/21 uppger att de först kände sig ledsna men sedan mycket snart trängde undan eller dövade sina känslor ibland med hjälp av tabletter.

8/21 kvinnor upper sig ha trängt undan det skedda.

3:6 "Det är bara detta som är mitt livs tragedi, tycker jag själv alltså, och det har jag gömt undan faktiskt. Jag orkar liksom inte med att tänka på det, förtränger det på något sätt".

En kvinna har av anhöriga fått "hjälp" att tränga undan känslorna kring det skedda.

3:9 "... men sedan får jag väl säga att det är väl mycket min man som har hjälpt mig också, han var mycket bestämd, han sa: vi pratar aldrig om det här alltså vi gör ingenting åt det utan det är avslutat. Han ville väl inte visa mig hur han tog det och det är klart att nu grubblar han nog mycket mer på det än han gjorde från början det tror jag".

Översikt över karaktersistika hos kvinnor med ofullständig krislösning

Tabell 3:2

Nr	Beskriver sig själv som	Sätt hantera känslorna kring händelsen	Dåvarande förhållande till maken	Index-händelsen kvarstående kränkning	Skulden uppfattas som	Antal döda barn i och med index-händelsen	Psykiska spt före index-händelsen
1	Osjälvständig, passiv	Trängst undan Förnekar att problem "binder känslor i mig"	Blev övergiven i och med grav. (pos kontakt föräldrar)	Lite	Sjukhuset försummade mig. Åskväder. "Jag skötte mig perfekt"	1	0
2	Passiv, undergiven	Trängst undan "Man glömmet genom att ej tänka"	Gott. Maken mycket borta. Föräldrar neg.	Nej	Jag visste ingenting. Ingen sa något	3	Ja (i samband med trauma 1+2)
3	Passiv "Ingen bryr sig om mig"	Ledsen, åt mycket lugnande tabletter. Ej talat med någon.	Problematiskt "som andra"	Nej	Troligen medicin jag fick. Navelsträngen. "Velat skjuta undan tanken"	1	Ja
4	"Svag" Drabbad Uppgiven	Ledsen, åt tabletter. Ej talat med någon. Svårt tala om känslor	Ej gott. Maken opålitlig	Nej	Vet ej. De sa navelsträngen. Troligen ett straff	1	Ja

Nr	Beskriver sig själv som	Sätt hantera känslorna kring händelsen	Dåvarande förhållande till maken	Index- händelsen kvarstående kränkning	Skulden uppfattas som	Antal döda barn i och med index- händelsen	Psykiska spt före index- händelsen
5	Mjuk, vänlig, känslig, barnkär, aktiv	Grät mycket ej velat tala med någon	Gott	Lite	Makens fel, även mitt - snubblat under grav. Bäst glömma det	1	0
6	Mjuk, barnkär, pratsam, aktiv	Kan ej tala om känslorna. "Trängde undan dem", ej talat med maken.	Mycket gott, talar om allt utom detta.	Lite	Felbehandling på sjukhuset (ytterli- gare 1 dött barn)	1	0
7	Känslig, vill vara bra. Andra ser lätt ner på mig	"Försökte slå bort". Talade ej med någon	Gott	Mycket	Troligen läkarnas eller lite min	1	Ja
8	Beroende Passiv Underkas- tar sig "Hård"	Svårt att inse. Reage- rade ej, "gjorde mig hård", ej talat med någon	Ej gott	Nej	Bryr mig inte om vems fel	1	0

Nr	Beskriver sig själv som	Sätt hantera känslorna kring händelsen	Dåvarande förhållande till maken	Index-händelsen kvarstående kränkning	Skulden uppfattas som	Antal döda barn i och med index-händelsen	Psykiska spt före index-händelsen
9	Känslig, undergiven, barnkär	Mycket ledsen, slog bort. Make + föräldrar bestämde att ej tala om det	Gott	Nej	Jag hade det för bra. Var straff	1	Ja
10	Aktiv, öppen, driftig	Ledsen mycket åt lugnande tabletter. Ej kunnat tala med maken	Gott	Lite	Inte funderat på	1 (ett ytterligare dött)	0
11	Passiv, förtryckt	Ledsen men ej velat tala med någon	Ej gott	Nej	Jag var nervös, hade tagit tabl.	1	Ja
12	Passiv, känslig (lätt bli ledsen)	Ville glömma tog lugnande tabletter	Ej gott	Nej	Vet ej. Ville ej riva upp något	1	Ja
13	Lugn, stillsam	Svårt tala om. Tog lugnande tabl. Undvek ämnet	Gott	Nej	Personalen hade ej tid med mig	1	0

Nr	Beskriver sig själv som	Sätt hantera känslorna kring händelsen	Dåvarande förhållande till maken	Index-händelsen kvarstående kränkning	Skulden uppfattas som	Antal döda barn i och med index-händelsen	Psykiska spt före index-händelsen
14	Stark, barnkär, aktiv	Ledsen. Kunde ej tala med någon. Maken ville ej prata	Gott	Lite	Läkarna nonchalerade mig. Personalen för mycket att göra	1	0
15	Vill vara stark och klara sig själv. Reserverad	Ledsen. Inte haft någon att prata med	Maken själv-upptagen men snäll	Nej	Jag skadat barnet genom tvättning. Tänkt mycket på det	1	0
16	Skör, beroende (mkt svår uppväxt)	Var ledsen, tog mycket lugnande tabletter	Gott (han ofta borta på g a arbete)	Ja	Kvinnokliniken försummade oss. Jag försummade barnet	1	Ja
17	Stark, energisk aktiv	Försökte glömma allt	Ej gott	Ja	Det var ett fel på mig (Rh-immunis) som jag ej visste om	1 (+ nytt senare)	0
18	Svag, utsatt	Ledsen, åt mycket lugnande tabletter	Ej gott	Nej	Sjukhusets fel Tabletter jag ätit	1	Ja

Nr	Beskriver sig själv som	Sätt hantera känslorna kring händelsen	Dåvarande förhållande till maken	Index- händelsen kvarstående kränkning	Skulden uppfattas som	Antal döda barn i och med index- händelsen	Psykiska spt före index- händelsen
19	Gladlynt Känslig, känner sig drab- bad av sjukdomar (realistiskt)	Mycket ledsen. Kunde ej tala med någon, var för ledsen	Gott, även om han är "bortskämd"	Möjlig	Något galet med för- lossningen	1	0
20	Utsatt. Lättkon- taktad, drabbad av mycket	Talar ej alls om i intervjun	Ej gott. Maken elak	Nej	Vet ej. Inte vågat fråga	1	0
21	Pratsam, öppen, oreflek- terad	Ledsen. Talat med många	Bra	Mycket	Jag skötte mig perfekt. Inte meningen flera. Sjuk- huset gjort fel	1	0

1/21 kvinnor ger under intervjun ej någon upplysning om vad hon kände eller hur hon hanterade sina känslor.

1/21 kvinnor i denna grupp har utförligt talat om sina känslor med maken.

Sju kvinnor har av läkare fått olika typer av lugnande tabletter med vars hjälp de dövat sina känslor.

3:10 "De ger dig nervlugnande tabletter och skyler över att man inte skall få känna den här sorgen... man bara svalde den medicinen man fick och sen plockade man undan allt så allt blev iordningställt, så det var precis som om ingenting hade hänt och sen kom det långt efteråt - jag fick riktiga depressioner...".

3:4 "Jag hade ju lite klydder med nerverna då, så jag gick till privat läkare".

VAD VAR DET FÖR KLYDD MED NERVERNA?

"Ja, det var gråtattacker, orolig och så sov man inte, var uppe på natten och bara grät".

BÖRJADE DET EFTER BARNET DÅ?

"Det började efter - efter ett litet tag".

HADDE DU HAFT BESVÄR INNAN DET HÄNDE?

"Nej, nej.... sedan åt jag nervtabletter i många år".

Sexton kvinnor har inte talat med någon om vad de kände. Nio av dessa har inte velat tala med någon, de övriga har haft svårigheter i omgivningen som gjort att de ej talar med någon.

3:19 "Jag var så ledsen att jag inte kunde tala med någon om det".

3:18 "Jag brukar inte kunna prata om det... jag pratar aldrig med någon om det, vi pratar aldrig om det hemma heller".

13/21 kvinnor har ett tillfredsställande förhållande till maken.

8/21 kvinnor har ett förhållande till maken som beskrivs som mycket otillfredsställande, eller saknade make vid tiden för förlossningen.

4/21 kvinnor har känt sig mycket kränkta av indexhändelsen.

6/21 kvinnor tycker sig något kränkta av indexhändelsen.

En kvinna hade två gånger tidigare förlorat ett fullgånget barn i samband med förlossningen.

Tre kvinnor har ånyo fått döda barn, vid senare tillfälle.

Beträffande skulden till det skedda anser i denna grupp: Tre kvinnor att det var deras fel, sju kvinnor att det var sjukhusets fel, två kvinnor att det var både deras och sjukhusets fel, en anger den realistiska anledningen och två kvinnor anser att det var ett straff för något annat medan sex ej vågat undersöka hur det förhöll sig med skulden eller velat beröra den överhuvudtaget. Kvinnorna i denna grupp uppvisar en mer sammansatt bild än de i gruppen med fullständig krislösning varför någon "typisk" kvinna med ofullständig krislösning inte kan beskrivas.

Kommentar

Det är uppenbart att det föreligger skillnader mellan gruppen med fullständigt och ofullständigt lösta kriser. Skillnaden är dock till en del betingad av de kriterier som använts för att göra gruppindelningen (se sid 23).

Om krisen var undanträngd eller ej ingick som kriterium för bedömning av krislösningen. Det framkommer att 66 % av kvinnorna som bedömts ha ofullständig krislösning har trängt un-

dan krisen. Detta kriterium synes ha stor relevans för krislösningen. 91 % av kvinnorna med fullständig krislösning och 5 % (20 % om "osäker bedömning" inräknas) av kvinnorna i gruppen med ofullständig krislösning har talat med någon om sina känslor. Denna faktor ingick ej i krislösningskriterierna men synes ha avgörande betydelse för om krisen löses eller ej. Det är dock självklart att ett primärt undanträngande av krisen leder till att man ej talar om den eller omvänt att inte tala om krisen underlättar ett undanträngande av den.

Kvinnornas personligheter, bedömda långt efter krishändelsen, synes också uppvisa skillnader. Det är ej möjligt att med denna undersökningsmetodik fastställa huruvida dessa skillnader förelåg i nuvarande omfattning även före krisen, eller om de iakttagna skillnaderna är ett resultat av denna. Någon skillnad i personlighet förelåg dock även tidigare mellan grupperna då kvinnor med ofullständig krislösning i något större frekvens uppvisade psykiska symptom före krisen. Kvinnor med fullständig krislösning uppger oftare än kvinnor med ofullständig krislösning ett gott förhållande till maken, detta förhållande underlättar naturligtvis deras kommunikation med maken om det skedda. Raphael (1977) visar i en undersökning av änkor att professionell krisintervention är mest effektiv i en grupp med otillräckligt "socialt nätverk". Det är dock svårt att särskilja vad som är orsak och verkan - har man ett otillräckligt "socialt nätverk" kan detta bero antingen på personligheten eller omvärlden eller bådadera. Troligen föreligger här en tendens till gynnsam eller ogynnsam växelverkan mellan individen och miljön.

Det förefaller även vara betydligt vanligare att man i gruppen med ofullständig krislösning har känt sig kränkt av förlusten av det döda barnet och att upplevelsen av kränkningen kvarstår. Denna tendens att utveckla en känsla av kränkning kan möjligen betingas av individens tidigt grundlagda oförmåga att utstå depressiva känslor, ett reaktionssätt, vilket

iakttagits och beskrivits av Zetzel (1965). Skillnader i hanterandet av skuldkänslorna kring händelsen synes huvudsakligen spegla huruvida krisen trängts undan eller ej.

Sammanfattningsvis förefaller det vara av avgörande betydelse för krislösningen om kvinnorna haft eller fått möjlighet att tala med någon om sina känslor och upplevelser efter den olyckliga förlossningen.

6. Kvinnornas budskap

I gruppen med indexkvinnor fanns en högre frekvens av kvinnor som var villiga att underkasta sig undersökningen än i kontrollgruppen. Det framgick under undersökningen flera typer av skäl som gjort kvinnorna villiga att komma till undersökningen. Nio stycken hade önskemål om gynekologiska åtgärder (kontroll, p-piller eller dylikt). Åtta stycken ville ha svar på frågor som de undrat över sedan indexhändelsen. Tjugosju kvinnor hade en önskan att vara till nytta för andra kvinnor som upplever samma situation som de gjort. Tjugosju kvinnor hade ett budskap till sjukhuset - hade behov av att få framfört synpunkter på hur man skall - inte skall behandla kvinnor som förlorat sitt barn. Några kvinnor uppgav flera skäl att vilja delta. Med hänsyn till att så många kvinnor haft klara avsikter med att delta i undersökningen avslutas den deskriptiva delen av arbetet med några kvinnors budskap till sjukvården.

3:10 "Jag kände ju då hur det var, jag tror att hela vården - det liksom - det är mera det att bli av med människan och se henne någorlunda lugn än att verkligen hjälpa människan, och det är mycket därför att vi har väl bråttom, det skall gå fort, det är många som väntar - men jag tror att med enkla saker, med att man lät människan - att man inte skulle vara så rädd för det där att - att man faktiskt blir ledsen när man har en unge som har dött eller att man är väldigt nere när man gått igenom en sån här förlossning, det skulle dom - det tycker jag de skulle nästan ta till vara och verkligen - inte prata så mycket men höra på när de då snackar med dem, därför man vill ju gärna hugga tag i nån och prata med, men det är ju aldrig någon som har tid och sen börjar man visa såna här tendenser att man var ledsen och grät och så, och då fick man en sån här bägare med

nånting i och så fick man dricka det och sen var man ju lugn igen, och då var det ju lika bra för mig, fast jag förstår att i längden var det inte lika bra, jag menar det hade varit bättre om jag fick lov att tjuta lite då och då och prata med en människa".

2:7 "… man vill helt enkelt prata av sig, jag tror att det är väldigt viktigt att när de lämnar sjukhuset att någon som kan det här verkligen har tid att lyssna, det tror jag är väsentligt".

3:11 VAD SKULLE DU VILJA GE TILL ANDRA KVINNOR SOM KOMMER I DEN HÄR SITUATIONEN?

"Ja, för det första att de försöker plocka bort den där skuld känslan hos kvinnorna, och att det är deras fel att det blir så för det är sådant som man kan dra med sig i livet igenom, att jag skötte mig inte, jag vet att jag drogs länge med det, jag har gett upp det nu, jag skötte inte min graviditet.... att hjälpa kvinnorna att förebygga sådana känslor och att man efteråt förklarar riktigt ordentligt vad det är som hänt, följer dem, hjälper dem att tala ut... det hjälper oerhört mycket att prata med och känna att det är någon som, som man kan säga allting till utan att veta att det kommer en i ansiktet nästa dag".

2:9 "Att man får vara ensam så lite som möjligt den första tiden, att någon försöker först och främst förklara vad som händer och varför, och sedan någon som har så pass mycket förståelse att de kan prata med en, så att man kan få gråta ut och verkligen avreagera sig innan man kommer hem,... men just att någon pratar men att inte alla visar en så enorm - ja de var så snälla så snälla och stängde dörren om en för att man skulle få vara ifred, det är inte det man vill utan tvärtom, öppna dörren och försök konversera en och framför

allt prata om det, det tror jag är väldigt viktigt
.....".

Diskussion och sammanfattning

Beskrivningar av kvinnors upplevelser kring födelsen av ett dött barn har förekommit i litteraturen (Klaus et al, 1976). Enstaka personligt drabbade kvinnor har även skrivit om sina upplevelser i samband med födelsen av ett dött barn (Johnsson 1972).

I denna del av undersökningen har de aspekter av upplevelser, förenade med födelsen av ett dött barn, vilka ansetts vara av särskilt intresse belysts. I undersökningen antages att de erfarenheter som kvinnorna efter så lång tid redogör för har varit särskilt genomgripande. Författaren har uppfattningen att förlusten av ett perinatalt dött barn inte i princip avviker, psykologiskt sett, från andra objektförluster. Dock synes vissa aspekter av objektförlust vara särskilt uttalade vid denna speciella objektförlust. Denna del av undersökningen innehåller även en deskriptiv jämförelse mellan kvinnor som bedömts ha fullständig krislösning och de som bedömts ha ofullständig krislösning. Syftet med denna del av undersökningen har varit att med hjälp av citat ur intervjuerna belysa:

1. Den emotionella upplevelsen av att få ett perinatalt dött barn, samt att undersöka om denna upplevelse speglar barnets särställning som objekt för kvinnan.
2. Hur upplevelserna under 1. påverkar förhållandet till nästa graviditet och nästföljande barn.
3. Att belysa kvinnornas upplevelser av de undersökta förlossningarna i syfte att förstå kvinnornas emotionella behov under en sådan förlossning.
4. Samt, att försöka evaluera om de kvinnor som fullbordar sin krislösning på något iakttagbart sätt skiljer sig från kvinnor som inte gör det.

Materialinsamling till liknande typer av deskriptiva undersökningar har oftast utförts under pågående kris (jfr t ex Gyllensköld, 1975). En undersökning under pågående kris ger möjlighet att följa den pågående processen och att fördjupa kunskapen om de undersökta fenomenen genom upprepade intervjuer. Denna undersökning syftade dels till att undersöka långtidseffekterna av det undersökta traumat, dels till att utvärdera vad som blir kvarstående i kvinnornas medvetna upplevelse av traumat. Vid den psykologiska bearbetningen av ett trauma kan ibland känslor och tankar kring traumat, vilka upplevs som speciellt svåra, trängas undan. Undanträngda upplevelser och känslor kan inte med denna tämligen ytliga intervju göras medvetna och belysas, vilket får anses vara en svaghet i undersökningen. Med undersökningsmetodiken har vi kunnat belysa erfarenheter och upplevelser som ej blivit undanträngda utan kvarstår så tydligt i kvinnornas minne att de spontant meddelar dem till undersökaren. Sådana, spontant meddelade, upplevelser har bedömts ha stor psykisk relevans. De erfarenheter som redovisas är de som flera kvinnor givit uttryck för. Enstaka psykologiska fenomen har ej medtagits i redovisningen då strävan varit att belysa ofta återkommande, snarare än exklusiva erfarenheter.

En utgångspunkt för arbetet var att barnet som objekt för kvinnan har en speciell karaktär i förhållande till andra objekt. Deutsch (1945) hävdar i sitt klassiska arbete om kvinnors psykologi, att barnet som objekt före födelsen endast är ett fantasiobjekt. Hennes uppfattning har senare ifrågasatts. Bibring (1961) anser att barnet efter att modern kan förnimma fosterrörelser successivt antar karaktären av ett realistiskt objekt även om det till en del utrustas med fantiserande egenskaper. Hennes och även andras undersökningar (t ex Ballou 1978, Klaus et al 1976) gör det rimligt att antaga att ett fullgånget barn har många karakteristika gemensamt med ett yttre objekt. Alla emotionellt betydelsefulla objekt har representationer i självbilden men barnet

som objekt har ansetts ha en särskilt stor betydelse då det på flera sätt ingår i kvinnans självbild (jfr sid 93). Troligen är det få yttre objekt som på så kort tid kan uppnå samma grad av representation i självbilden som det väntade barnet. Åsikten att barnet har en stor betydelse för kvinnans självbild stöds av fynden i denna undersökning. Vi finner hos så gott som alla kvinnor att de upplever sig skadade i sin självkänsla av barnets död. En skada i självkänslan är inte något okänt fenomen vid andra former av objektförlust (jfr t ex Parkes, 1972). Skadan synes vara mycket uttalad hos kvinnor som förlorat ett barn perinatalt. I vissa fall redovisar kvinnan att barnet på ett symbiotiskt sätt ingått i hennes självbild.

Vid alla objektförluster uppstår skuldkänslor, hos den som lidit förlusten. Hanterandet av dessa skuldkänslor synes hos de undersökta kvinnorna inte skilja sig från vad man finner vid andra objektförluster. Det är dock tämligen ovanligt att kvinnorna i efterhand medger någon upplevelse av aggressivitet mot barnet för dess död. Aggressivitet mot det förlorade objektet för att det försvunnit är i andra objektförluster en vanlig företeelse. Kvinnorna synes oftast uppleva att de själva eller någon utomstående är den som åstadkommit förlusten och riktar aggressiviteten mot den som uppfattas som vållande av indexhändelsen.

I det föregående har framhållits att ett nytt barns tillblivelse inte korrelerar till utgången av sorgearbetet. Ett nytt barn synes dock kunna upplevas, som det som kompenserar skadan i självbilden, vilken orsakats av indexbarnets död. En spontan förväntan hos många kvinnor är att nästa barn skall vara av samma kön som det förlorade. Detta kan tolkas antingen som att man förväntar sig att det är samma barn som man förlorat, vilket skall komma tillbaka som "undoing" eller att den uppkomna skadan i självkänslan skall kompenseras med ett nytt likadant barn.

Frågan om "ersättningsbarnets" psykologiska betydelse är föga belyst i litteraturen. För att bättre belysa "ersättningsbarnets" psykologiska betydelse är troligen en undersökning under den graviditet som följer efter förlusten av barnet mer belysande än denna undersökning.

Den graviditet som följer efter förlusten av ett perinatalt dött barn innebär synnerliga psykologiska svårigheter, vilket tidigare har påpekats av Klaus et al (1976) och Berg et al (1978). I denna undersökning kan olika sätt att hantera känslorna under nästa graviditet urskiljas. En grupp kvinnor upplever starkt under nästa graviditet mycket ångest och rädsla. En annan grupp kvinnor tränger undan dessa känslor och säger sig inte alls tänka på graviditeten. De uppger sig ofta mer eller mindre ha förnekat graviditeten fram till partus. En tredje grupp kvinnor försöker bemästra sin rädsla genom att vara mycket aktiva i skötseln av sig själva under graviditeten, de försöker avvärja sin rädsla genom aktivitet. En fjärde grupp bemästrar sin rädsla genom att erkänna sin egen oförmåga att förhindra en ny förlust och i stället ge någon utomstående, oftast en läkare, denna makt.

De kvinnor som förlorat ett barn perinatalt har i många fall starka kvarstående minnen av vad de upplevt under den förlösningen, som slutade med att barnet dog. De minnen som de långt efteråt redovisar domineras av starka känslor av att vara övergivna, utsatta, nonchalerade och att ingen förstått hur de känt sig. Dessa minnen bevisar naturligtvis inte att de verkligen blivit illa bemötte, men väl att de har haft behov av betydligt större emotionellt stöd än vad de fått. Denna upplevelse av otillräckligt emotionellt omhändertagande präglar också de "budskap" som kvinnorna haft till sjukvården. Önskan om att framföra detta "budskap" var i många fall det som motiverade kvinnornas deltagande i intervjun.

En jämförelse mellan kvinnor som bedömts ha en fullständig krislösning och de som bedömts ha en ofullständig krislösning

visade skillnader mellan grupperna, De som fullständigt hade löst krisen företedde en tämligen enhetlig bild medan gruppen kvinnor med ofullständig krislösning ej var så homogen. Kvinnorna i gruppen med fullständig krislösning karakteriserades av att de upplevde sig själva som aktiva, hade lätt för att identifiera och ge uttryck för sina känslor, levde i en miljö som accepterade dessa känslouttryck, upplevde sig ej kränkta av förlusten av barnet och hade arbetat med sina skuldkänslor kring förlusten av barnet.

I gruppen av kvinnor med ofullständig krislösning var det vanligt med upplevelser av sig själv som passiv och/eller utsatt, inte ovanligt att psykiska symptom förelegat före indexhändelsen, mycket vanligt att man på olika sätt trängt undan de känslor som förlusten av barnet uppväckt, ovanligt att man hade talat med någon om känslorna som förlusten väckt, vanligare än i den andra gruppen att man hade ett bristfälligt förhållande till barnafadern, inte ovanligt att man upplevt sig som kränkt av indexhändelsen, något oftare förekommande att man upprepade gånger hade förlorat ett barn perinatalt, inte ovanligt att man ej tagit ställning till skuldkänslorna i samband med det inträffade. Då flera av dessa bedömda faktorer också ingick i bedömningen av krislösningsgraden är det svårt att urskilja vad som beror av metoden för grupperandet av kvinnorna och vad som i sig har betydelse för krislösningen. Då det tidigare visats att kvinnorna i de olika grupperna även skiljer sig beträffande faktorer som är orelaterade till bedömningen av krislösningen torde det dock föreligga reella skillnader mellan grupperna och ej endast skillnader betingade av urvalsmetoden.

En av de väsentliga frågorna i sammanhanget synes mig vara vad som orsakar ett undanträngande av känslorna i samband med krisen. Det förefaller finnas flera skäl till ett sådant undanträngande. I vissa fall synes kvinnans omgivning ha önskat eller krävt att hon inte skall reagera öppet på det skedda.

I andra fall synes kvinnans omgivning ha varit så kontroversiell, känslomässigt, för henne redan före indexhändelsen, att hon ej kunnat få det gensvar på sina känslor, som hon skulle ha varit i behov av. Kvinnor som tidigare uppvisat psykiska symptom har troligen en svaghet i möjligheterna att bearbeta traumatiska eller hotande situationer. De kvinnor som utvecklat en stark känsla av kränkning kan antagas tillhöra den typ av personer, som har en tidigt grundlagd oförmåga att uthärda depressiva känslor (Zetzel, 1965). I flera fall kan man förmoda att flera av de undersökta faktorer samverkar, och leder till undanträngning av känslorna kring det skedda. Försök att göra "risk"bedömningar på individer, beträffande deras möjligheter till fullgod krislösning, har tidigare utförts (Raphael, 1977). Raphael et al fann att enstaka variabler har svårt att predicera resultat av krislösning medan summan av flera variabler ganska säkert kan predicera resultat av krislösning.

Metodiken i denna undersökning är ej tillräckligt noggrann för att särskilja mellan de undersökta faktorerna med hänsyn till deras individuella betydelse för krislösningens resultat. Det föreligger dock en skillnad mellan de båda grupperna både vad beträffar kvinnornas personlighetsrelaterade faktorer och deras sociala nätverks möjlighet att understödja bearbetningen av krissituationen. Fynden stöder Raphael's (1977) resultat.

Allmän sammanfattande diskussion

Detta arbete är ett försök att bedöma långtidsprognosen, ur psykisk synpunkt, för kvinnor som fött fullgångna perinatalt döda barn. Arbetet syftar till att belysa några av de faktorer som påverkar denna prognos.

Ett annat syfte med arbetet är att utreda vilken betydelse födelsen av ett nytt barn har för kvinnor som förlorat ett barn perinatalt. En kontrollgrupp kvinnor har undersökts i syfte att belysa vilka av funna effekter som är att hänföra till födelsen av det döda barnet. Kontrollkvinnorna är matchade för bakgrundsfaktorer och har fött ett levande barn, samma år som indexkvinnorna fått ett dött barn.

I arbetet ingår en beskrivande del, där vissa aspekter av födelsen av ett dött barn har belysts.

En värdering av kvinnornas upplevelser av att delta i undersökningen har också utförts.

Sedan Lindemann (1944) publicerade sitt arbete, om de psykologiska följderna hos de anhöriga till de vid en eldsvåda omkomna, har en rikhaltig litteratur om psykologiska kristillstånd publicerats. Ett vanligt sätt att studera kriser är att studera sorgeprocesser, då ofta effekterna av förlusten av en nära anhörig (t.ex. Parkes 1964, Maddison 1968, Clayton 1968). I de flesta arbeten av teoretisk eller undersökande karaktär postuleras det, att en sorg som ej psykologiskt blivit färdigbearbetad efter omkring ett år är kronisk. I en rad publikationer studeras hos psykiatriskt klientel frekvensen av olika psykiska traumatiska inverkan på en senare psykisk insufficiens (Andersson 1949, Schmale 1958, Wretmark 1959 inter al), men någon kontrollerad uppföljning av ett specificerat traumas långtidseffekter har, veterligen, inte tidigare publicerats.

Beskrivningar av kvinnors upplevelser i samband med födelsen av ett perinatalt dött barn har tidigare publicerats. Någon jämförelse med upplevelserna hos kvinnor som fött levande barn har därvid ej gjorts. Indexkvinnorna i denna undersökning har, mer än elva år senare, en tydlig bild av sina upplevelser vid indexförlossningen. Detta kontrasterar mot kontrollkvinnorna som till stor del ej uppger sig ha några tydliga minnen från indexförlossningen. De upplevelser, som ihågkommes av indexkvinnorna speglar en extrem

grad av hjälplöshet och känsla av att vara övergiven i samband med indexförlösningen. Resultaten i undersökningen tyder på, att de, som inom sjukvården omhändertagit kvinnorna, haft svårt att i tillräcklig utsträckning uppfatta dessa känslor hos kvinnorna. Tecken på svårigheterna i samspelet mellan kvinnorna och sjukhuspersonalen återfinnes i det faktum att de indexkvinnor som kom till undersökning ofta önskade att framföra ett "budskap" till sjukhuset, samt i det omvända förhållandet, nämligen att flera av dem som inte kom till undersökningen uttryckte stor motvilja mot att åter komma i kontakt med sjukhuset. Bruce (1962) och Bourne (1968) har redovisat att födelsen av ett dött barn väcker starka känslor hos sjukvårdande personal, och att denna personal ofta undviker kontakt med de drabbade kvinnorna. Detta beteende ser Bruce och Bourne som ett försvar mot de starka känslorna. I denna undersökning blev indexkvinnorna oftare än kontrollkvinnorna mycket tidigt utskrivna från puerperalavdelningen, vilket kan tolkas som ett personalens undvikande av de drabbade kvinnorna.

Den bedömning av graden av krislösning hos indexkvinnorna, som utförts i denna undersökning mer än elva år efter traumat visar att en tredjedel av de drabbade kvinnorna fullständigt bearbetat sorgen efter det döda barnet; en femtedel av de drabbade kvinnorna bearbetat sorgen tillräckligt väl för att uppleva harmoni i sin dagliga tillvaro, och att omkring en tredjedel av kvinnorna uppvisar en ofullständigt bearbetad sorgereaktion efter det döda barnet. I liknande undersökningar, av kvinnor som fött perinatalt döda barn, vilka utförts ett till två år efter förlusten av barnet, redovisas likaledes i ungefär en tredjedel av de undersökta fallen ofullständigt lösta kriser. Denna undersökning stöder således tidigare gjorda antaganden om att en sorg som på ett till två år ej färdigbearbetats blir kronisk.

I denna undersökning återfinns i indexgruppen, under 6-7 år efter förlusten av barnet en större andel kvinnor med höga sjukskrivningsfrekvenser än i kontrollgruppen. Denna ökade sjukskrivningsfrekvens härrör från en grupp av indexkvinnor vilka bedömts ha en ofullständig krislösning, medan kvinnor i gruppen som bedömts ha en fullständig krislösning uppvisar sjukskrivningstider som motsvarar kontrollgruppens. Det är visat bl.a. av Nilsson (1970) att födelsen av ett barn i och för sig medför en psykisk belastning för kvinnan, och kan medföra en ökning av psykiska symptom. En sådan ökning av psykiska symptom återfinnes, i denna undersökning, i både index- och kontrollgruppen. Indexgruppen visar dock en signifikant större ökning av

symptombärande individer än kontrollgruppen. Symptomökningen kan således ej hänföras till det ospecifika "trauma" som barnafödande innebär. Ökningen torde av samma skäl inte heller betingas av den kumulativa ökning av psykiska symptom som sker under livstiden hos härför disponerade individer. Födelsen av ett dött barn är således ett psykiskt trauma vilket kan medföra försämrad hälsa hos de kvinnor som ej adekvat kunnat bearbeta detta trauma. En hypotes i undersökningen var, att detta specifika trauma skulle ge upphov till somatiska symptom huvudsakligen från den reproduktiva apparaten. Denna hypotes kunde ej verifieras. I enstaka fall förelåg en sådan utveckling, oftast var dock den somatiska symptomutvecklingen att hänföra till diffusa symptom från varierande organsystem.

Då en ofullständig bearbetning av sorgereaktionen synes medföra risk för ohälsa, torde det vara av betydelse att kunna predicera vilka faktorer som disponerar för ofullständig bearbetning av sorgen. En rad författare postulerar vilka faktorer som torde disponera för en försvårad krisbearbetning (Caplan 1964, Parkes 1972b, inter al.) Då krislösning är en process, vilken involverar många olika faktorer och tar en viss tid i anspråk, synes det ej möjligt att avgränsa enstaka faktorer som disponerar för ofullständig krislösning. Raphael (1977) finner i en prospektiv undersökning att en sammanvägning av olika faktorer kan predicera "högriskindivider" för ofullständig krislösning medan varje faktor enskilt ger låg säkerhet i urskiljandet av "hög-risk" individer. Fyndet i min undersökning stöder iakttagelser av att många faktorer måste sammanvägas för att möjliggöra ett urskiljande av individer med ökad risk för att ej fullständigt bearbeta sorgen. I denna undersökning, har den grupp som ej fullständigt bearbetat krisen i mycket hög utsträckning saknat möjlighet att visa sina känslor eller tala med någon om dem. Denna svårighet har ibland betingats av att kvinnan saknat en närstående omgivning, ibland av att hennes omgivning ej förstått hennes behov. I vissa fall synes egenskaper hos kvinnorna ha disponerat dem för att ej söka stöd i omgivningen. Kvinnornas personlighet synes även på andra sätt influera kapaciteten för fullständig krislösning. Kvinnor som tidigare uppvisat psykiska symptom och kvinnor som har en upplevelse av sig själva som svaga och/eller utsatta är överrepresenterade i gruppen med ofullständig krislösning. Vidare synes en upplevelse av kränkning i samband med barnets död vara vanligt i gruppen med ofullständig krislösning. Berg et al (1978) finner, vid uppföljning efter ett drygt år, att en tiondel av föräldrapar som förlorat ett barn perinatalt, och fått professionellt psykologiskt stöd, har kvarstående ofullständigt bearbetade sorgereaktioner. Det synes

således vara möjligt att med adekvat intervention förhindra en del kroniska sorgereaktioner genom psykologisk hjälp till de drabbade.

Det har av bl.a. Klaus (1976) och Berg (1978) framhållits att de kvinnor som fött ett perinatalt dött barn, vid nästföljande graviditet och förlossning torde befinna sig i en utsatt emotionell situation. Fynden i denna undersökning stöder starkt sådana påståenden. Kvinnorna upplever under nästa graviditet och förlossning stark ångest och rädsla för att ett upprepande av den olyckliga förlossningen skall ske. De behöver mycket extra stöd och omhändertagande under den tiden.

Många kvinnor som fött ett dött barn föder senare ett nytt barn. Indexkvinnorna föder under livstiden fler barn än kontrollkvinnorna men har färre levande barn än kontrollkvinnorna. De indexkvinnor som föder ett nytt barn föder detta efter kortare tid än kontrollgruppens kvinnor föder sitt nästa barn. Ett flertal faktorer synes styra tillkomsten av nästa barn hos indexkvinnorna. När det dödfödda barnet är första eller andra barnet är sannolikheten för att ett nytt barn koncipieras stor, likaledes är sannolikheten för konception av ett nytt barn stor, om det döda barnet var planerat. Dock synes även kvinnans upplevelse av betydelsen av barnets död inverka på huruvida hon senare koncipierar ett nytt barn. En iakttagelse i undersökningen är att kvinnor som förlorat ett barn perinatalt upplever förlusten som en skada i självkänslan. Denna skada i självkänslan kan leda till att man försöker "reparera" den med ett nytt barn, men den kan även leda till att man ej vågar riskera ett upprepande och undviker att koncipiera ett nytt barn. Några kvinnor synes skaffa ett nytt barn som ett uttryck för "undoing" av förlusten av det döda barnet.

Ett nästföljande barn kan upplevas som en kompensation för förlusten av det döda barnet, men påverkar inte fullständigheten i krislösningen. Jensen (1972) och Gilson (1976) har påstått att födelsen av ett nytt barn efter ett dödfött barn skulle vara ett indicium på att krisen har lösts. Resultaten i denna undersökning är att födelsen av ett nytt barn ej korrelerar till krislösningens fullständighet.

I undersökningen ingår en uppföljning av kvinnornas erfarenheter av att deltaga i undersökningen. Denna visade att indexkvinnorna ibland hade upplevt undersökningen som ansträngande; ingen indexkvinna ångrade sitt deltagande

och några ansåg sig ha profiterat av undersökningen. Några tidigare undersökningar av erfarenheter av att delta i denna typ av undersökning har veterligen inte publicerats. Det synes dock önskvärt att flera sådana utfördes för ytterligare belysning av de eventuella riskerna med denna typ av undersökning.

Konklusionerna av denna undersökning blir att:

1. Förlusten av ett perinatalt dött barn är en emotionellt mycket betydelsefull händelse för den drabbade kvinnan. Denna händelse skadar temporärt hennes självkänsla och försätter henne i en situation där hon är i stort behov av emotionellt stöd och förståelse.
2. En tredjedel av de kvinnor som fött ett perinatalt dött barn har fullständigt bearbetat sina sorgereaktioner; en femtedel av de kvinnor som fött ett perinatalt dött barn har bearbetat sina sorgereaktioner tillräckligt för att uppnå subjektivt välbefinnande i sitt dagliga liv; en tredjedel av de kvinnor som fött ett perinatalt dött barn har, ännu efter 12-14 år, kvarstående obearbetade sorgereaktioner.
3. Sorgearbete som ej fullbordats efter omkring ett år har kronicerat.
4. Ett sådant ofullbordat sorgearbete kan ge upphov till symptomutveckling ledande till ohälsa.
5. Vissa kombinationer av faktorer hos den krisdrabbade, i omgivningen, och arten av förhållandet till det döda barnet kan predicera fullständig, respektive ofullständig krislösning.
6. Ett stort behov av emotionellt stöd och förståelse finnes hos kvinnan under den nästföljande graviditeten och förlossningen.
7. Ett koncipierande av ett nytt barn efter det döda barnet fyller olika funktioner för olika kvinnor.
8. Tillkomsten av ett nästföljande barn påverkas av flera faktorer varav det döda barnets ordningsnummer synes ha stor betydelse.

9. Ett nästföljande barn kan inte ses som ett tecken på att krisen är fullständigt löst och att födelsen av ett nästföljande barn leder ej heller till att krisen löses.

10. Undersökningar av krisdrabbade, som ej sökt hjälp för kristillståndet, är ej skadliga för de undersökta, förutsatt att en önskan om att ej deltaga eller att ej tala om vissa händelser respekteras.

Jämförelse med andra undersökningar gör det rimligt att antaga att frekvensen av kvarstående obearbetade sorgereaktioner kan minskas genom psykologisk krishjälp till de drabbade kvinnorna.

SUMMARY IN ENGLISH

Longterm adjustment after an emotional crisis.

A follow-up of women with perinatally dead infant.

The adjustment of women to the birth of a neonatally dead infant has been investigated by several authors (Bruce 1962, Cullberg 1966, Klaus 1970, Wolff et al 1970, Giles 1970, Berg et al 1978, Clarke 1979; inter al) whose main interests have concerned events in the year following the loss of the infant.

The aims of the current study were:

- to investigate the long-term effects of a stillbirth;
- to try to evaluate what factors are important for a "good" or "bad" outcome of the emotional crisis;
- to investigate the significance of a subsequent child for mastering of the crisis, and for what reasons a subsequent child is conceived;
- to try to find out and illustrate which experiences have persisted in the minds of the women;
- and to investigate whether the women who participated in the study experienced any discomfort from the interview.

The current study uses a psychodynamic approach to psychological phenomena.

Material

The index group consisted of all women who had experienced the loss of a full term infant in the perinatal period during three consecutive years in the early 1960's. These women were identified from a register at the Clinic for Obstetrics and Gynecology in Malmö. The Clinic covers all deliveries in the town of Malmö (250.000 inhabitants). The control group was selected from the same register, and consisted of women who were matched for age, parity, social class and marital status with the index group women, and who the same years had delivered a full term normal infant in a normal delivery. The groups consisted of 98 women each. The women were studied 12-14 years after the relevant delivery.

Characteristics of the groups at index delivery:

	Index	Controls
Mean age	28,5 $\pm$ 5,8	28,5 $\pm$ 5,8
Marital status		
married	91	94
unmarried	7	4
Social class: high	13	13
Social class: middle	42	40
Social class: low	43	45
Parity before the relevant delivery		
0	54	53
I	28	28
II	9	12
III or more	7	5

The causes of death of the infants in the index group were various; not known 32, delivery complication 19, malformation 19, ablatio placentae 10, erythroblastosis foetalis 6, possible umbilical cord complications 5, others 7.

Methods

For each woman different sources of information were used:

1. Hospital delivery records for the relevant delivery were collected for all cases.
2. Information concerning total parity up to 1975 and changes in marital status up to 1975 was obtained from "National registration" offices for all cases.
3. A search was conducted for psychiatric and gynecological hospital records (both as inpatient and outpatient) for the time between the relevant delivery and 1975.

Psychiatric records were found for 15 index and 14 control women, gynecological records for 39 index and 30 control women. (Obstetric records were not included here).

4. "Sickness-benefit" records were obtained from the bureau for National

Health Insurance. Fourteen index and 22 control women were not registered there. This absence of records was not due to lack of sickness benefit periods, but seemed rather to be due to the fact that the women had moved several times. The number of "sickness benefit" days during a 5-7 year period after the relevant delivery was noted for each woman.

5. All index group women who were still alive and living within Sweden were asked to participate in an interview. All control women who were still alive and living in or in the vicinity of Malmö were asked to participate in the interview.

Of the 93 index women who were asked to participate, 63 participated in person, 3 were interviewed by telephone and one wrote a long letter (72%). Of the 73 control women who were asked to participate, 37 participated in person (51%). The difference in participation rates is significant ($p < 0.01$). The interview was fairly unstructured, with the interviewer encouraging the women to talk as freely as possible about her experiences, memories and feelings concerning the relevant delivery and the time following. The interviewer also asked for the woman's early history, and all her somatic and psychic complaints during her entire lifetime. In addition, the woman was asked about how she experienced her present life at the time of the investigation. All interviews were conducted by the author. The interviews were audiotaped and used in the following ways:

- 1) In order to facilitate a statistical assessment of factors concerning the woman's life and experiences, a category scoring system was constructed for each factor. All assessments were made by the author.
- 2) Each interview was analysed for factors considered important for crisis outcome. Quotations are used to illustrate these factors.
- 3) Quotations from the interviews are used to illustrate recurring, important experiences and feelings the women have had during the relevant delivery and the time following it.
- 4) In order to assess the outcome of the crisis, in terms of "good" and "bad" outcome, criteria were developed (see below).

Since there is no general agreement in the literature on criteria for crisis outcome, the author defined what was considered a "good" outcome and a "bad" outcome in the current investigation.

The following criteria were considered evidence of a "good" outcome:

1. The woman should understand rather soon during the interview what the interview was about (the trauma should not be repressed).
2. The woman should be able to talk in a realistic way about what had happened in connection with the relevant delivery.
3. The woman should not idealize the dead infant.
4. The woman should have mastered the feelings of guilt she might have had from the beginning and should be able to judge the reasons for what had happened in a realistic perspective, considering the information she had received.
5. The woman should not unjustly burden someone else with strong guilt.
6. The woman should have "forgiven" herself, the hospital, life, faith for what had happened.
7. The woman should, if she had had a subsequent child, experience this child as an independent individual, which she could identify as such, without comparison with the dead child's imaginary characteristics.
8. The woman should be competent in her social life.
9. The woman should not have any current pathology regarding psychic symptoms that could be referred to the crisis or had started shortly after the crisis.
10. The woman should not frequently or constantly think about the dead infant.
11. The woman should be able to talk about the relevant event without intense emotional reaction during the interview. If she cried a little, she should be able to acknowledge the connection to the dead child. (Intense uncontrolled crying so many years after the loss was considered a sign of incomplete mourning).

The crisis outcomes were classified as follows:

- a. Fully worked through crisis = "good outcome" (Crisis 1) 10-11 of the above criteria including no. 9 were fulfilled.
- b. Partially worked-through crisis (crisis 2) 8-9 of the criteria were fulfilled, and the woman expressed satisfaction with her life in general and emotional distance to the event if not reminded of it.
- c. Not worked-through crisis = "bad outcome" (crisis 3) fewer than 8 criteria fulfilled.

d. Not possible to judge (crisis 4). The woman's appearance and communication during the interview made it impossible to judge to what event (events) her symptoms and difficulties were due.

The author performed all classifications. Interjudge reliability was tested blindly with an independent judge, who used the criteria in judging a sample of interviews from each group. Agreement between the judges was 100%; the criteria were therefore considered to be applicable.

Results

I. Statistical results

A. Assessment of "crisis outcome".

Using the criteria for crisis outcome, it was found that 23 (37%) of the women had fully worked through the crisis, 19 (22%) had partially worked through the crisis, 21 (33%) had not worked through the crisis and 5 (8%) were impossible to judge.

In a comparable study of crisis outcome after stillbirth, Cullberg (1966) found that 32% of the women concerned still had serious psychic difficulties one year after the loss of a neonatally dead mature or premature infant. It was judged probable that a crisis that has not been worked through in about a year will take a chronic course.

B. Illness after the birth of a neonatally dead infant.

"Illness" is measured in the current study by summing the days of "sickness benefit" claimed by the women during a 5-7 year period after the loss. The index group had a higher average of days of "sickness benefit" per women than the control group. This higher average of days of "sickness benefit" was found to be attributable to the women classified in the "bad outcome" group, while the days of "sickness benefit" in the group judged "good outcome" equalled those for the control group. Exclusion of those women who suffered from chronic somatic illnesses such as diabetes did not invalidate this result. The reasons for the greater average of days of "sickness benefit" seemed to be rather diffuse complaints such as different types of "ache" rather than specified syndromes.

C. Crisis outcome related to evaluated factors.

Factors such as the woman's age, social group, or parity were not found to be related to crisis outcome. Women with "good" outcome more often had the opinion that they had a "very good" relation to their fathers and/or their mothers, than women with "bad outcome". There was a strong correlation between the woman's estimation of the quality of her relationship with her husband and crisis outcome. Woman who had experienced much help from their husbands (and/or their relatives) or judged their marriages as "good" were overrepresented in the "good" outcome groups. The opposite experiences were overrepresented in the "bad outcome" group.

Factors concerning the child, such as whether the baby was planned or not - whether the woman had seen it after the delivery or not - when in relation to partus the child had died or the cause of death, were not related to crisis outcome. Nor were factors associated with experience of the delivery, such as the woman's estimation of her difficulties during delivery or the woman's sense of her life having been in danger during delivery, related to crisis outcome. The woman's experience of the quality of the information she had received in the hospital, or who had given the information, were also not related to crisis outcome. A majority of the women found their interactions with the hospital staff very sparse; no woman thought that she had obtained any significant help in her mourning from the staff. Twentyseven of the 63 women wished for another woman in the same situation "that the staff in the hospital should be "nice" to her".

D. Comparisons between index and control women.

No differences were found in the current study between index and control women concerning frequency of divorce, or frequency of changing residence after the relevant delivery.

Investigation of psychiatric and gynecological records showed no great differences between the groups. As expected, the index group was found to have had more complicated deliveries and puerperia. Nevertheless, about 30% of the index women left the hospital within 2-3 days after delivery, this was significantly different from the control group, in which only 6% left the hospital so soon.

Evaluation of factors judged from the interviews showed no differences between the two groups of factors concerning the woman's childhood. A tendency existed ($p=0.08$) for the index women to rate their relations to their mothers as worse than did the control women. The ratings of marriage differed between the groups. The index women described their marriages in more nuanced terms than did the control women. Factors concerning planning or wanting the relevant child did not differ between the groups. The living children were significantly more often considered "overprotected" by the index women. The index women rated the relevant delivery as "difficult" - "very difficult" more often, and had felt their lives to have been in danger during the relevant delivery more often than control women. The index women expressed a much more vivid memory of the delivery during the interview than did the control women. The rates of psychiatric symptoms before the relevant delivery did not differ in the two groups. After the relevant delivery the frequency of psychiatric symptoms increased in both groups; the increase was significantly larger in the index group than in the control group.

E. Fertility after stillbirth. A new child's importance for crisis outcome.

Having another child has sometimes been viewed as a mean of coping with mourning after the loss of an infant (Jensen 1972, Gilson 1976). No relationship was found in the current study between the birth of a subsequent child and crisis outcome. The index women were found to have had a subsequent child sooner after the relevant delivery than the control women. Index women were also found to have delivered significantly more children than control women during their fertile life, but they were left with significantly fewer living children than the control women. The factor that statistically seemed to be of most importance for the decision to have a subsequent child was the woman's parity. Those index women who were primiparae at the relevant delivery significantly more often delivered a subsequent child than the index women who were multiparae at the relevant delivery.

F. The women who did not accept participation in the interview part of the study were compared to the women who were interviewed on the variables obtained from other sources:

a) Among control women there were no differences between those who particip-

ated in the interview and those who did not participate.

b) Among index women while there were no differences between participating and non-participating women concerning background variables, the index women who did not participate in the interview were more often those women who during their lifetime had had no living child.

G. Follow-up of the interviewed women.

Approximately one year after the interview those women who had participated were contacted by a letter and asked to fill in a form concerning their experiences of participation in the study. Analysis of the answers showed that no index woman and two control women regretted their participation. Five index women thought, that they had gained psychologically from their participation. No woman reported any ill effects of participation.

II. Descriptive part of the investigation.

The second part of the current study is a descriptive presentation of some important aspects of the women's experience regarding the loss of an infant, and is thus necessarily limited to the index group. Quotations from the interviews are used to illustrate these aspects. The aim of this part of the study was to investigate and illustrate:

- 1) The emotional experiences of having a perinatally dead infant, and whether these experiences mirror the assumed unique position held by the infant as object to the woman.
- 2) How the experiences under 1) influence the following pregnancy and expectations for a subsequent child.
- 3) The women's experiences during the relevant delivery, in order to clarify the emotional needs of those women who deliver a stillborn infant.
- 4) Differences between the groups with "good outcome" and "bad outcome" with the aim of finding factors of relevance for the identification of women holding a high risk for "bad outcome" were searched.

For the current study it was assumed that the child has special characteristics as an object to the woman. It was assumed that a full term baby in the womb is both a real object and a fantasy object to the woman. The child was also assumed to be an important part of the woman's identity as a woman.

The result of the woman's mourning was regarded as the effect of an interplay between her personality structure, her emotional relation to the dead infant and the capacity of her "social network" to support her in her mourning (cf Caplan 1964, Pollock 1977).

Results

Varying degrees of closeness of the woman's bonding to the infant were found and illustrated. Many women felt bodily hurt by the loss; the feeling of bodily damage could sometimes amount to death agony for the women. Feelings of "emptiness" and "failure" were a common finding. These feelings were spontaneously compared by some women with feelings at the loss of another relative, and judged as "different" and more intense.

Feelings of guilt were naturally common and intense. These feelings of guilt did not differ in principle from those found in any mourning. The aggressiveness which ordinarily is found in mourning also appeared in this mourning, although it was unusual for the aggressiveness to be directed towards the infant.

Those women who had a subsequent child after the loss of the relevant infant sometimes experienced this child as a compensation for the lost one. This feeling of compensation was not related to the outcome of the crisis contrary to others reported statements. It was a common expectation among the women that a subsequent child would have the same sex as the deceased. It was not possible to demonstrate that the "replacement" child was also expected to inherit other wished-for characteristics from the dead infant.

The pregnancy following the relevant pregnancy seemed to be emotionally very difficult. All women were judged to have great difficulties in mastering their agony during that pregnancy. Four "strategies" for mastering these difficulties were found. Some women were in a more or less constant state of agony during the pregnancy, some almost totally denied the pregnancy till the day of parturition, others tried to master their agony by being very active in caring for the pregnancy, they had a feeling they could thus ward off a new catastrophe and still other women strongly felt their helplessness in warding off a bad outcome of the pregnancy and devoted their time to making their doctors take extra care of them.

Although 12-14 years had passed since the index delivery, the index women (in contrast to the control women) had very vivid memories from the delivery. These memories were loaded with feelings from the delivery, feelings of having been abandoned or badly treated and an overwhelming feeling of loneliness. It is concluded that these women had had very strong needs for being cared for and that the staff had not understood how strong these needs were.

These needs for being cared for characterize the "message" to the hospital which many of the women wanted the author to deliver, and their wishes for other women in the same situation.

Comparison of the group with "good" outcome and the group with "bad" outcome showed differences. The women in the "good outcome" group were seemingly alike. These women were characterized by their descriptions of themselves as active, they seemed to easily identify and express their feelings, they had social surroundings that accepted their feelings, they did not develop a feeling of offense by the loss of the infant, and they had come to terms with their feelings of guilt concerning the loss of the infant.

The women in the group with "bad" outcome were less homogeneous. In this group it was common that the women characterized themselves as passive, and/or as victimized. Several of them had had psychic symptoms before the loss. It was very usual that they had suppressed their feelings concerning the loss of the baby; it was unusual for them to have talked with someone about these feelings. They had controversial relationships with their husbands more often than the women in the "good" outcome group. It was quite common for them to have developed feelings of offense at the death of the infant. Some of the women had also lost an infant either before or after the relevant pregnancy. It was common to have suppressed the guilt feelings and thus avoided working them through.

Some circularity is necessarily present in the above descriptions, as several of the factors cited were also part of the criteria used in classifying crisis outcome groups. While the differences between the groups thus do not in total constitute a valid result, the aim of this comparison was to explore the causes lying behind suppression of feelings concerning the loss. The explanations for this were sometimes found in the women's person-

alities and sometimes found to be due to demands from or insufficiency in their social surroundings.

The conclusions drawn from the investigation are:

- 1) The loss of a perinatally dead infant has a very great emotional impact on the affected woman. This event temporarily hurts her self-esteem and puts her in a position where she is in need of a good deal of emotional support and understanding.
- 2) About one-third of the women who experienced the death of a perinatally dead infant coped very well with the crisis; one-fifth of the women coped with the crisis sufficiently well to be able to feel well in daily life afterwards, and one-third of the women did not work through their mourning.
- 3) Mourning that is not worked through in about a year is chronic.
- 4) The effects of incomplete mourning can lead to independently measurable ill-being.
- 5) Certain combinations of factors concerning the personality of the crisis-stricken, her surroundings, and the type of relation to the lost object can predict good or bad outcome of the mourning.
- 6) The need for emotional support and understanding recurs during a subsequent pregnancy.
- 7) The conception of a subsequent child is important to the women in different psychological ways.
- 8) The conception of a subsequent child is due to a combination of factors among which the birth-order of the dead infant seems to be of special importance.
- 9) The birth of a subsequent child is not a sign that the crisis is overcome nor does it lead to a resolution of the crisis.
- 10) Interviewing crisis-stricken persons is not harmful to the interviewed if the interviews are conducted by an experienced interviewer who respects the integrity of the person being interviewed.

För tillkomsten av denna skrift står jag i tacksamhetsskuld till många personer.

Till alla de kvinnor som genom sitt deltagande i intervjuerna möjliggjort arbetet vill jag rikta ett varmt tack.

Mitt varma tack går även till professor Lennart Kaij för hans hjälp med uppläggning och initierande av undersökningen, för att han följt arbetet med stimulerande diskussioner och kritik samt för hans vetenskapliga fostran av mig.

Jag är mycket tacksam för de inspirerande diskussioner jag under arbetets gång haft med docent Johan Cullberg.

Min tacksamhet går också till Nancy McNeil B.A. för hennes noggranna och outtröttliga hjälp med insamlandet av data, och för hennes språkliga granskning av den engelska sammanfattningen.

För Britt-Marie Norrmans, Siv Lennartssons och Lena Larssons stora tålmodighet och noggrannhet med det omfattande skrivarbete som arbetet inneburit är jag stort tack skyldig.

Docent Bengt Lörstad har min tacksamhet för hans hjälp i statistiska frågor och för att han varit ett personligt stöd under arbetets gång.

Min tacksamhet går även till Konsul Thure Carlssons minne som finansierat undersökningen.

REFERENSLISTA

- Andersson, C. 1949 "Aspects of pathological grief and mourning" *Int J Psychoanal* 30: 48-55.
- Ballou, J. 1978 "The psychology of Pregnancy". Lexington Books.
- Barry, H., Lindemann, E. 1960 "Critical ages for Maternal Bereavement in Psychoneuroses" *Psychosom Med* 22: 166-81.
- Berg, U. et al. 1978 "Information och stöd till föräldrar som förlorat sitt barn vid födelsen" *Läkartidningen* 75: 3: 128-32.
- Bibring, G. L. et al. 1961 "A study of psychological processes in pregnancy" *Psychoanal Study Child* 16: 9-72.
- Bourne, S., 1968 "The psychological effects of stillbirth on women and their doctors" *J Royal Coll Gen Pract* 16: 103-12.
- Bowlby, J. 1956 "The effects of mother - child separation" *Br J Med Psychol* 29: 211-47.
- Bowlby, J. 1961(a) "Childhood Mourning and its implications for psychiatry" *Am J Psychiatry* 118: 981-85.
- Bowlby, J. 1961(b) "Process of Mourning" *Int J Psychoanal* 42: 317-40.
- Bruce, P. 1962 "Reactions of Mothers and Nurses to Stillbirth" *Nurs Outlook* 10: 88-91.
- Cain, A.C., Cain, B.S. 1964 "On replacing a child" *J Am Acad Child Psychiatry* 3: 443-56.
- Caplan, G., 1960 "Patterns of parental response to the crisis of a premature birth" *Psychiatry* 23: 365-74.
- Caplan, G., 1964 "Principles of preventive Psychiatry" Basic Books, New York
- Caplan, G., 1967 "Perspectives of primary prevention" *Arch Gen Psychiatry* 17: 331-46.
- Clarke, H., Williams, J. 1979 "Depression in women after perinatal death" *Lancet* 28 apr, 916-17.
- Clayton, P., Desmarais, L., Winokur, G. 1968 "A study of normal bereavement" *Am J Psychiatry* 125: 168-78.
- Cullberg, J. 1966(a) "Reaktioner inför perinatal barnadöd: Psykiska följder hos kvinnan" *Läkartidningen* 63: 3980-86.
- Cullberg, J. 1966(b) "Reaktioner inför perinatal barnadöd: Förhållandet patient läkare" *Läkartidningen* 63: 4065-68.
- Cullberg, J. 1971 "Det psykiska traumat" *Psykisk hälsa* 2: 79-115.
- Cullberg, J. 1975 "Kris och utveckling" *Natur och Kultur*, Stockholm.
- Deutsch, H. 1937 "Absence of Grief" *Psychoanal Q* 6: 12-22.

- Deutsch, H. 1945 "The Psychology of Women" Part II. Grune & Stratton, New York.
- Engel, G.L. 1961 "Is Grief a Disease? Psychosom Med 23: 18-22.
- Engel, G.L. 1964 "Grief and Grieving" Am J Nurs 64: 9: 93.
- Freud, A. 1936 "Das Ich und die Abwehrsmekanism" Sv översättn 1969: Jaget och dess försvarsmekanism. Natur och Kultur.
- Freud, S. 1917 "Mourning and Melancholia" Standard Edition XIV s 237-58. Hogarth Press, London.
- Freud, S. 1926 "Inhibitions, Symptoms and Anxiety" Standard Edition XX, s 75-170. Hogarth Press, London.
- Friedmann, S.B. 1974 "Psychological aspects on Sudden Infant Death Syndrome" Pediatr Clin North Am 21: 103-11.
- Giles, P.F.H. 1970 "Reactions of women to perinatal death" Aust N Z Obstret Gynecol 10: 207-10.
- Gilson, G.J. 1976 "Care of a family who has lost a newborn" Postgrad Med 60: 67-70.
- Greene, W. 1958 "Role of vicarious objects in the adaptation to object loss" Psychosom Med 20: 344-50.
- Groddeck, G. 1949 "The book of the it" Vision Press, London.
- Gyllenskjöld, K. 1975 "Cancerpatienters upplevelse av, och anpassning till sin sjukdom" IMFO-gruppens forskningsrapport.
- Hartmann, H. 1958 "Ego Psychology and the problem of adaptation" Int Univ Press, New York.
- Helmuth, T.A., Steinitz, E.M. 1978 "Death of an infant...." J Fam Pract 6: 4: 785.
- Horowitz, M.D. et al. 1980 "Pathological grief and the activation of latent self-images" Am J Psychiatry 137: 10: 1157-62.
- Jacobsson, G.F. 1965 "Crisis theory and treatment strategy" J Nerv Ment Dis 14: 209-18.
- Janis, J. 1958 "Psychological Stress" J Wiley & Son.
- Jensen, J.S., Zahovrek, R. 1972 "Depression in mothers who have lost a newborn" Rocky Mt Med J 69: 61-63.
- Jensen, J.S., Zahovrek, R. 1973 "Grieving and the loss of a newborn" Am J Nurs 73: 836-39.
- Johnsson, J.M. 1972 "Stillbirth - A personal experience" Am J Nurs 72: 1595-96.
- Kaij, L. et al. 1969 "Psychiatric aspects of spontaneous abortion" J Psychosom Res 13: 45-51.

- Klaus, M.H., Kennell, J.H. 1970 "The mourning response of parents, to the death of a newborn infant" *New Engl J Med* 238: 344-49.
- Klaus, M.H., Kennell, J.H. 1971 "Care of the mother of a high risk infant" *Clin Obstet Gynecol* 14: 3: 926-55.
- Klaus, M.H., Kennell, J.H. 1976 "Caring for parents of an infant who dies" In "Maternal - Infant Bonding" Mosby s 209-50.
- Lagercrantz, E. 1979 "Förstföderskan och hennes barn" Wahlström & Widstrand.
- Lehrman, S.R. 1956 "Reactions to untimely death" *Psychiatric Q* 30: 564-78.
- Lewis, E. 1971 "Reactions to stillbirth" In "Psychosom Med Obstet Gynecol" Basel s 323-25.
- Lewis, E. 1976 "The management of stillbirth" *Lancet* 18 sept s 619-20.
- Lewis, E. et al. 1978 "Failure to mourn a stillbirth" *Br J Med Psychol* 51: 237-41.
- Lindemann, E. 1944 "Symptoms and management of acute grief" *Am J Psychiatry* 101: 141-48.
- MacCollum, A.T., Schwartz, A.H. 1972 "Social work and the mourning patient" *Social Work jan* s 25-36.
- MacGee, T. 1968 "Some basic considerations in crisis intervention" *Community Health J* 4: 319-25.
- MacLenahan, J.G. 1962 "Helping the mother who has no baby to take home" *Am J Nurs* 62: 4: 70-74.
- Maddison, D., Walker, W. 1967 "Factors affecting the outcome of conjugal bereavement" *Br J Psychiatry* 113: 1057-67.
- Maddison, D., Viola, A. 1968 "The health of widows the year following bereavement" *J Psychosom Res* 12: 297-306.
- Maddison, D. 1968 "The relevance of conjugal bereavement for preventive psychiatry" *Br J Med Psychol* 41: 223-33.
- Mahler, M.S., Pine, F., Bergman, A. 1975 "The Psychological Birth of the Human infant" Basic Books, New York.
- Nilsson, Å., Almgren, P-E. 1970 "Paranatal Emotional Adjustment" *Acta Psychiatr Scand suppl* 220.
- Parkes, C.M. 1964 "Effects of Bereavement on Physical and Mental Health" *Br Med J* 2: 274-79.
- Parkes, C.M. 1965 "Bereavement and Mental illness" I "A clinical study in grief in psychiatric patients" *Br J Med Psychol* 38: 1: 1-12.
- Parkes, C.M. 1965 "Bereavement and Mental illness" II "Classification of bereavement" *Br J Med Psychol* 38: 1: 13-26.
- Parkes, C.M., Benjamin, B., Fitzgerald, G. 1969 "Broken Heart: A statistical study...." *Br Med J* 1: 740-43.

- Parkes, C.M. 1970 "The psychosomatic effects of bereavement" In "Modern trends in psychosomatic medicine" (Ed Hill) Vol 2, s 71-80.
- Parkes, C.M. 1971 "The first year of bereavement" *Psychiatry* 33: 444-67.
- Parkes, C.M., Brown, R.J. 1972(a) "Health after Bereavement" *Psychosom Med* 34: 449-61.
- Parkes, C.M. 1972(b) "Bereavement" Tavistock Publ, London.
- Peppers, L.G., Knapp, R.J. 1980 "Maternal reactions to involuntary fetal-infant death" *Psychiatry* 43: 155-59.
- Pollock, G.H. 1961 "Mourning and Adaptation" *Int J Psychoanal* 42: 341-61.
- Pollock, G.H. 1970 "Anniversary reactions trauma and mourning" *Psychoanal Q* 39: 347-71.
- Pollock, G.H. 1977 "The mourning process and creative organisational change" *J Am Psychoanal Assoc* 25: 3-34.
- Poznanski, E.O. 1972 "The Replacement Child..." *Behav. Ped.* 81: 1190-93.
- Raphael, B. 1975 "The management of pathological grief" *Aust N Z J Psychiatry* 9: 173-80.
- Raphael, B. 1977 "Preventive intervention with the recently bereaved" *Arch Gen Psychiatry* 34: 1450-54.
- Raphael, B. 1978 "Mourning and the prevention of melancholia" *Br J Med Psychol* 51: 303-10.
- Reed, T.E. 1971 "Does reproductive compensation exist?" *Am J Hum Genet* 23: 215-24.
- Rees, W.D., Lutkins, S.C. 1967 "Mortality of bereavement" *Br Med J* 4: 13-16.
- Robertsson, J. 1953 "Some responses of young children to the loss of maternal care" *Nurs Times* 49: 382-86.
- Salk, L. 1971 "SIDS - impact on families and doctors" *Clin Pediatr* 10: 5: 248-50.
- Schmale, A.H. 1958 "Relationship of separation and depression to disease" *Psychosom Med* 20: 259-77.
- Seitz, P.M., Warrick, L.H. 1974 "Perinatal Death" *Am J Nurs* 74: 11: 2028-33.
- Siegel, S. 1956 "Nonparametric statistics for the behavioral sciences" Mac Graw-Hill, Kogakusha Ltd, London.
- Singh, B., Raphael, B. 1981 "Postdisaster morbidity of the bereaved" *J Nerv Ment Dis* 169: 203-12.
- Uddenberg, N. 1974 "Reproductive adaptation in mother and daughter" *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 254
- Urval nr 11 1979 "Barn - behov eller börda?" *Statist. Centralbyrån.*

- Vogel, H.P., Knox, G. 1975 "Reproductive patterns after stillbirth" J Biol Sci 7:103-11.
- Weinstein, S.E. 1978 "SIDS: Impact on family" Am J Psychiatry 135:7:831-34.
- Wolff, J.R., Nielsen, P.E., Schiller, P. 1970 "The emotional reactions to stillbirth" Am J Obstet Gynecol 108:1:73-77.
- Wretmark, G. 1959 "A study in grief reactions" Acta Psychiatr Neurol Scand Suppl 136 s. 292-99.
- Wretmark-Andersson, A. 1979 "Den förtigna sorgen" Läkartidningen 50:4636-39.
- Zetzel, E. 1965 "Depression and the incapacity to bear it". In "Drives, Affects, Behaviour" (Ed Schur) Vol 2 s. 243-73. Int Univ Press.



Bilaga 1

I samband med en vetenskaplig undersökning av hälsotillståndet hos kvinnor som förlösts med komplicerade förlossningar i Malmö vänder vi oss till Er och ber om Er medverkan.

Undersökningen består av en intervju och om så önskas en kostnadsfri gynekologisk undersökning. Undersökningen sker på _____

och beräknas ta 1.5 - 2 timmar i anspråk. Vi har reserverat tid för Er _____

Var vänlig skicka in bifogade svarsformulär så snart som möjligt till Dr. Ylva Borulf, Malmö Allmänna Sjukhus, Malmö.

Ur vetenskaplig synpunkt är det viktigt att så många som möjligt medverkar i undersökningen och vi är mycket tacksamma om Ni ville komma.

Undersökningen utföres av en läkare och Era uppgifter kommer att behandlas enligt tystnadspliktens bud. Ni kan alltså vara trygg att inga uppgifter kommer till obehörigs kännedom. (Om Ni flyttat från Malmö står vi för utlägg i samband med resan hit).

Om Ni vill fråga något var god ring Dr. Ylva Borulf, tel. 040/990000 ankn. 2566, månd - torsd 17.00 - 17.30.

Lennart Kaij
Docent

Ylva Borulf
Leg.läk.

☐ Jag vill delta

☐ Jag vill inte delta

Om inte, skäl: _____

☐ Tiden passar mig

☐ Tiden passar mig inte

Jag skulle vilja ha tid i vecka _____ ☐ förmiddag ☐ eftermiddag

NAMN _____

TEL _____

Bästa fru

Bilaga 2

För snart två år sedan hade Ni vänligheten att medverka i en vetenskaplig intervjuundersökning. Med hänsyn till undersökningens karaktär undrar jag nu hur Ni upplevde Ert deltagande?

- ☐ Inte påfrestande
- ☐ Något påfrestande
- ☐ Påfrestande
- ☐ Mycket påfrestande
- ☐ Minns inte

Angrade Ni efteråt att Ni deltagit?

- ☐ Ja mycket
- ☐ Ja
- ☐ Ja lite
- ☐ Nej

Har Ni några egna kommentarer? Vilka?

Tack för att Ni vill svara på dessa frågor.

Vänlig hälsning

Ylva Borulf

Bedömningsunderlag för skattning av utsagor i intervjuerna.

1. Kvinnans förhållande till mor/far/make

Skattat enligt följande

BRA	när kvinnan omtalar personen som mycket positiv och med emfas framhäver detta
ORDINÄRT	när kvinnan uppger förhållandet som "normalt" eller dylikt utan emfas i någon riktning
DÅLIGT	när kvinnan omtalar personen som mycket negativ, och med emfas framhåller förhållandet som otillräckligt eller destruktivt

2. Barndomen beskrivs som

GOD	kvinnan ger i intervjun uttryck för att hon har många positiva upplevelser under barndomen. Hon uttalar sig med emfas om detta
NORMAL	kvinnan uppger sig nöjd men utan emfas åt något håll
DÅLIG	kvinnan talar spontant och med emfas om negativa och svåra upplevelser under barndomen

3. Objektförlust i barndomen

som objektförlust har förlust av mor eller far, eller
i förekommande fall annan vårdnadshavare, vilken varit
i mors eller fars ställe, räknats

4. Objektiv störning i barndomen

som störning har räknats, uppväxt präglad av någon
vårdnadshavares alkoholism, starkt avvikande beteende
typ asocialitet hos vårdnadshavare, långvarig uppgiven
osämja mellan föräldrarna som lett till skilsmässa
mellan föräldrarna, täta skiften av vårdnadshavare

5. Kvinnans bedömning av äktenskapet

BRA	kvinnan talar med emfas och positivt om äktenskapet och illustrerar sina uttalanden med konkreta exempel
ORDINÄRT	kvinnan talar ej med emfas i någon riktning, omnämner äktenskapet som "normalt", "som andras", ger inga eller få konkreta exempel
DÅLIGT	taler emfatiskt och negativt om äktenskapet, ger kon- kreta exempel på negativa händelser

6. Förhållandet till barnafadern efter indexförlossningen

	har klassats efter kvinnans svar på frågan "förändrades ert förhållande på något sätt av barnets födelse?"
BÄTTRE	när kvinnan uppgav att man kommit varandra närmre, bli- vit mer betydelsefulla för varandra eller liknande
OFÖRÄNDRAT	när kvinnan ej tyckt att barnets födelse haft någon inverkan på förhållandet

SÄMRE när kvinnan uppger att omständigheterna efter barnets födelse åstadkom skilsmässa; när hon uppger att man kommit ifrån varandra efter barnets födelse, och att hon tror det orsakas av barnets födelse; när hon associerar ökande spritmissbruk eller otrohet hos maken med barnets födelse

7. Kvinnans upplevelse av stöd från maken i samband med krisen (endast indexkvinnor)

MYCKET när kvinnan emfatiskt framhäver att maken stött henne, vårdat sig om henne i hennes sorg

NÅGOT när kvinnan uppger att maken en liten tid stött henne men inte helt förstod hur länge hon behövde hans stöd

INGET när kvinnan emfatiskt framhäver att maken ej stött henne; struntat i henne; inte verkat att bry sig om henne

MAKEN när kvinnan uppgav att maken ej kunde ge något stöd, BEHÖVDE STÖD då han behövde hennes stöd mer än hon hans

8. Kvinnans upplevelse av stöd från annan anhörig än maken

MYCKET när kvinnan spontant uppger att anhörig stödde henne mycket under sorgen, lät henne prata mycket om sin sorg, deltog i sorgen

NÅGOT när kvinnan spontant säger att någon annan försökte hjälpa henne utan att närmare gå in på sina upplevelser av stödet

INGET när kvinnan uppger att ingen annan (än maken) försökte stödja henne. Det påståendet följdes oftast av följdfråga från undersökaren "Du hade ingen att anförtra dig till eller tala med". Om svaret då blev "nej", klassades stödet som "inget"

9. Barnet var enligt undersökarens bedömning av kvinnans utsago

ÖNSKAT kvinnan framhåller att man längtat efter barn eller att hon och barnafadern önskat barn före graviditeten

OÖNSKAT kvinnan säger att barnet vid konceptionen var oönskat, och att hon senare vände sig vid graviditeten och önskade barnet. Kvinnan säger att barnet egentligen var oönskat

10. Barnet var enligt kvinnans uppgift planerat - oplanerat

klassningen gäller kvinnans svar på den direkta frågan om barnet var planerat

11. Barnet var enligt kvinnans uppfattning missbildat - ej missbildat

MISSBILDAT när kvinnan under intervjun säger att det var missbildat, att det "var ju inte riktigt riktigt" eller liknande synonym

EJ MISS-BILDAT när kvinnan ej yppar någon föreställning om missbildning när vi talar om varför barnet dog

12. Kvinnan såg barnet i samband med förlossningen

Intervjuaren frågade efter detta i de flesta fall och klassningen gjordes efter vad kvinnan svarade

13. Kvinnan minns förlossningen som

- OLIDLIG kvinnan berättar om förlossningen med ord som "olidlig", "fruktansvärd", "djurisk" eller likställt
- SVÅR kvinnan berättar om förlossningen med ord som att hon tyckte den var "svår", "besvärlig", "mycket jobbig" eller likställt
- NORMAL - kvinnan berättar om förlossningen som "den var väl
LÄTT normal", "det var inget särskilt", "den var nog lätt" eller likställt

14. Kvinnan upplevde fara för eget liv under förlossningen

- JA kvinnan ger klara uttryck för att hon trott att hon skulle dö under förlossningen, t.ex. "jag får vara glad att jag klarade mig", "jag var tacksam att jag fick leva"
- ANTYTIT kvinnan omtalar förlossningen som "jag var antagligen illa däran, fast jag förstod det inte själv", "de passade mig så noga, så att det var nog något allvarligt på tok"
- NEJ kvinnan ger ej uttryck för något av ovanstående

15. Under förlossningen minns kvinnan att hon kände sig: mycket ensam - ensam - väl omskött

- har skattats efter de ord som kvinnan uppgivit om sina känslor
- VÄL OMSKÖTT när kvinnan uppgivit sig som väl omskött eller använt synonymer såsom "de tog bra hand om mig", "de var mycket snälla mot mig"

16. Information om olyckan gavs av

klassat efter vad kvinnan uppgivit om vem som informerade henne

17. Kvinnans upplevelse av informationens kvalitet

- GOD kvinnan uppgär sig nöjd med den faktiska informationen hon erhållit
- OFULLSTÄNDIG kvinnan uppgär att hon har fått information men att det var flera frågor hon ej fick svar på
- INGEN kvinnan anser sig ej ha fått någon information

18. Kvinnan har aktivt försökt få reda på dödsorsaken

- JA kvinnan har gjort ansträngningar genom att efter utskrivandet från sjukhuset kontakta läkare för att få reda på varför barnet dött
- NEJ kvinnan har ej gjort sådan ansträngning

19. Kvinnan har aktivt undvikit att utröna dödsorsaken

- JA när kvinnan uppgär att hon blivit uppmanad att forska mer i vad som hänt men inte velat göra det
- NEJ när kvinnan inte värjt sig för uppmaningar att ta reda på dödsorsaken, när hon försökt ta reda på dödsorsaken

20. Kvinnan uppger att det som hjälpte henne mest var

är klassat efter kvinnans svar på frågan "vad tyckte du var till mest hjälp för att komma över sorgen"

21. Kvinnan önskar åt andra i samma situation

kvinnans svar på frågan "vad tycker du att du önskar åt andra i samma situation som du var då?"

22. Kvinnan har upplevt nu levande barn som överbeskyddade

JA

när kvinnan uppger att hon tycker hon "är mycket rädd om sina barn - kanske för rädd", "jag är en riktig hönsamma" el.dyl. och därefter besvarar undersökarens fråga om hon tycker hon skyddar sina barn mer än kanske andra mammor gör med - ja

NEJ

när kvinnan ej uppger beteenden enligt ovan, eller svarar "nej" på frågan om hon skyddar sina barn särskilt mycket

23. Kvinnan har någon gång före/efter förlossningen haft psykiska symptom enligt: depression, ångest, hypokondri, psykos, inga

kvinnorna utfrågades direkt om psykiska symptom före och efter indexförlossningen. Om kvinnan ansåg sig ha haft psykiska symptom utfrågades vidare om hur de yttrade sig och vi ägnade tid åt att gå igenom när under livet symptom förekommit.

Den kvinnan som bedömts ha psykotiska symptom klassades som sådan av undersökaren efter hennes beskrivning av sina reaktioner.

Hypokondriska symptom omnämndes av kvinnorna som "inbillningssjuka" eller synonymer.

24. Kvinnan anser sig ha kommit över indexhändelsen

skattat efter kvinnans svar på frågan "tycker du att du kommit över den händelsen nu?"

